



**ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS DE SALUD  
DE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA ADULTA JOVEN  
DE LA CIUDAD DE SEVILLA**

**TESIS DOCTORAL**

**Programa de Doctorado**

**“Nuevas Tendencias Asistenciales y de Investigación  
en Ciencias de la Salud”**

**Departamento de Enfermería**

**Universidad de Sevilla**

**Directores de Tesis**

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Dña. M<sup>a</sup> de las Mercedes Lomas Campos**

**Prof.<sup>a</sup> Dr. D. Ángel Vilches Arenas**

**Doctorando**

**Jacinto García Fernández**

**Departamento de Enfermería**

**Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología**

**Universidad de Sevilla**

**Sevilla, julio 2017**





Prof.<sup>a</sup> Dra. Dña. M<sup>a</sup> DE LAS MERCEDES LOMAS CAMPOS, Catedrática de Escuela Universitaria adscrita al Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, como Directora de la Tesis Doctoral **“ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA ADULTA JOVEN DE LA CIUDAD DE SEVILLA”**, cuyo autor es D. Jacinto García Fernández”, emito informe favorable avalando la lectura de la Tesis Doctoral en el Departamento de referencia.

Y para que así conste a los efectos oportunos firmo el presente documento en Sevilla a veintinueve de junio de dos mil diecisiete.

Dra. Dña. M<sup>a</sup> de las Mercedes Lomas Campos





Dr. D. ÁNGEL VILCHES ARENAS, Profesor Titular de Universidad (V) adscrito al Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Sevilla, como Director de la Tesis Doctoral “ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA ADULTA JOVEN DE LA CIUDAD DE SEVILLA”, cuyo autor es D. Jacinto García Fernández, emito informe favorable avalando la lectura de la Tesis Doctoral en el Departamento de referencia.

Y para que así conste a los efectos oportunos firmo el presente documento en Sevilla a veintinueve de junio de dos mil diecisiete.

Dr. D. Ángel Vilches Arenas



A mis padres,  
in memoriam.

A Pilar, Jacinto y María;  
lo mejor que me ha pasado.

A Mercedes y Ángel,  
más amigos que maestros.

A todos aquellos,  
compañeros, amigos y familiares que,  
de una u otra forma,  
me han ayudado a llegar hasta aquí.





*Sanar es una cuestión de tiempo,  
pero a veces también es cuestión de oportunidad.*

*Hipócrates.*



## RESUMEN

Actualmente, en nuestro medio, los principales problemas de salud pública son enfermedades crónicas, en cuya génesis se involucran una serie de factores de riesgo ligados al comportamiento humano: hábito de fumar, consumo excesivo de alcohol, inactividad física, alimentación inadecuada, que se consideran las «cuatro grandes» conductas modificables.

Las personas practican también una serie de medidas que tienden a mantener y fomentar su niveles de salud, así como con el uso adecuado de las estructuras sanitarias.

Sabemos que la modificación de estos estilos de vida puede reducir las tasas de morbi-mortalidad en todos los sectores de la población, y que estos estilos de vida están asociadas a determinados factores personales como el sexo, la edad, la clase social o la etnia.

Es la enfermera el profesional sanitario sobre el que recaen de manera muy directa las actividades de promoción y prevención de la salud.

Tras intervenir en algunas investigaciones sobre las conductas de salud de diversos colectivos de población inmigrante y al no encontrar estudios sobre estilos de vida relacionados con la salud de la población sevillana nos planteamos la necesidad de medir las conductas de salud determinantes del estilo de vida de la población autóctona de nuestra ciudad, usando un instrumento fiable y válido para nuestra cultura e idioma.

Nuestro objetivo es conocer las conductas de salud de la población autóctona adulta joven de la ciudad de Sevilla, con la finalidad de utilizar esta medición como factor predictivo de los problemas de salud para que la enfermera promueva la prestación de unos cuidados debidamente contextualizados a nivel

personal y grupal, y potencie los estilos de vida saludables de la población a su cargo como forma de avanzar en el desarrollo de las estrategias de promoción de la salud.

Para ello, se ha llevado a cabo un estudio descriptivo, transversal, observacional, de prevalencia, utilizando un cuestionario que recoge aspectos sociodemográficos, conductas generales de salud y conductas relacionadas con accidentes y enfermedades prevalentes, que fue administrado mediante entrevista a una muestra representativa de la población adulta joven natural y residente en Sevilla, seleccionada mediante un muestreo probabilístico aleatorio estratificado y proporcional, según sexo y distrito de residencia.

Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo, obteniéndose medidas de centralización y dispersión, tablas de distribución de frecuencias y porcentajes, así como estimadores puntuales e intervalos de confianza al 95% para promedios y porcentajes, para la caracterización de las variables; un análisis inferencial bivariante, mediante test paramétricos y no paramétricos, según criterios de aplicación, y un análisis de regresión logística multivariante para valorar la relación entre una variable dependiente dicotómica y un conjunto de hipotéticas variables predictoras.

Se han estudiado un total de 409 personas de edades comprendidas entre 25 y 44 años, siendo el promedio de la misma de 34 años. Entre los resultados más significativos destacamos que el 84,9% de las personas estudiadas tiene una autovaloración positiva de su estado de salud; existe un adecuado patrón de reposo-sueño; el 78,5% realiza ejercicio físico; el 67% presenta normopeso, existiendo un patrón alimentario que refleja una tendencia a estar basado en una «dieta mediterránea evolucionada»; el 89% consume alcohol habitualmente y el 67% fuma todos los días. El 90,7% de la muestra se automedica; el 84% dice utilizar remedios tradicionales y el 89% señala no haber consumido drogas ilegales.

El 74,3% de la muestra refiere mantener relaciones heterosexuales y el 52,8% dice utilizar algún método anticonceptivo.

El 96,8% de la muestra nombra el Centro de Salud al que pertenece; el 60,9% asistió a la consulta del médico en el último año y el 33,2% a la enfermera. El 77% de las mujeres se había realizado una citología alguna vez en su vida y el 28,9% se había realizado una mamografía. El 18,8% de las personas encuestadas se mide la glucosa en sangre y el 35,7% se mide la tensión arterial varias veces al año; el 86,1% se ha medido alguna vez el nivel de colesterol sanguíneo.

El 83,1% de la muestra dice utilizar siempre el cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil; la mitad de las personas que viajan en motocicleta dicen usar siempre el casco y la gran mayoría de las que emplean la bicicleta como medio de locomoción lo hacen sin medidas de protección.

En torno al 60% de las personas estudiadas refieren recibir apoyo emocional de su pareja, familia y/o amigos siempre o casi siempre y el 82,1% dicen estar satisfechas o muy satisfechas con su vida.

Las personas que no fuman, las que tienen un IMC normal o bajo, las que reciben algún tipo de apoyo emocional y las que están satisfechas con su vida presentan mayores probabilidades de tener una mayor valoración en la percepción de su nivel de salud.

Las mujeres, en mayor medida, dicen tener apoyo de las personas más cercanas (pareja, familia, amigos) y estar satisfechas con su vida.

Se hace necesario reforzar los mensajes educativos, fundamentalmente por parte de las enfermeras de atención primaria, acerca de la alimentación, el consumo de alcohol y tabaco y la automedicación, a fin de que la población desarrolle patrones de conductas saludables, empleando modelos que no se centren en la vulnerabilidad o susceptibilidad de la población, dado su alto nivel de percepción de buena salud.

Este trabajo permitirá orientar las valoraciones enfermeras en la población adulta joven y estudios longitudinales posteriores nos permitirán conocer, con mayor profundidad, la implicación de las conductas en la autopercepción del nivel de salud y en la calidad de vida de la población sevillana.

Las referencias a personas, colectivos o cargos académicos figuran en la presente Tesis Doctoral en género masculino como género gramatical no marcado. Cuando procede, será válida la cita de los preceptos correspondientes en género femenino.





## ÍNDICE



I.	INTRODUCCIÓN.....	29
II.	MARCO TEÓRICO.....	35
	II.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	37
	II.2. EL MODELO DE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LALONDE .....	40
	II.3. ESTILO DE VIDA.....	41
	II.3.1. Conductas de riesgo y conductas de salud. Estilos de vida saludable.....	49
	II.3.2. Modelos y teorías que explican la adopción de conductas de salud.....	52
III.	OBJETIVOS.....	81
IV.	METODOLOGÍA.....	85
	IV.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	87
	IV.2. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	89
	IV.3. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN Y VARIABLES.....	90
	IV.4. UNIVERSO POBLACIONAL Y MUESTRA.....	95
	IV.5. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	96
	IV.5.1. Diseño de muestreo.....	96
	IV.5.2. Criterios de selección.....	97
	IV.6. PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	98
	IV.6.1. Aspectos éticos.....	98
	IV.7. ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	99
	IV.7.1. Análisis exploratorio de datos.....	99
	IV.7.2. Análisis descriptivo.....	99
	IV.7.3. Análisis Inferencial Bivariante.....	100
	IV.7.4. Análisis de regresión logística.....	101
V.	RESULTADOS.....	103
	V.1. Características sociodemográficas.....	104
	V.2.- Percepción del Estado de Salud y calidad de vida.....	108
	V.3. Uso de los servicios sanitarios.....	115
	V.4. Actividad física en el trabajo y ejercicio físico en tiempo libre.....	119
	V.5. Alimentación.....	121
	V.5.1. Desayuno.....	121
	V.5.2. Ingesta a media mañana.....	122
	V.5.3. Medio día.....	122
	V.5.4. Merienda.....	123
	V.5.5. Cena.....	124
	V.6. Consumo de tóxicos.....	130
	V.6.1. Consumo de alcohol.....	130

V.6.2. Consumo de tabaco.....	137
V.6.3. Automedicación, empleo de remedios tradicionales y consumo de drogas ilegales.....	139
V.7. Hábitos sexuales.....	142
V.8. Salud de la mujer.....	144
V.9. Pruebas de screening.....	146
V.10. Enfermedades crónicas.....	146
V.11. Seguridad vial.....	149
V.12. Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida.....	151
V.13. Hipotéticas variables predictoras del nivel de salud percibida .....	155
VI. DISCUSIÓN.....	159
VI.1. Características sociodemográficas de la población estudiada.....	161
VI.2. Nivel de salud autopercebida y calidad de vida.....	163
VI.3. Uso de los servicios sanitarios.....	167
VI.4. Actividad física en el trabajo y ejercicio físico en tiempo libre....	169
VI.5. Alimentación.....	172
VI.6. Consumo de tóxicos.....	175
VI.6.1. Consumo de alcohol.....	175
VI.6.2. Consumo de tabaco.....	181
VI.6.3. Automedicación, empleo de remedios tradicionales y consumo de drogas ilegales.....	184
VI.7. Hábitos sexuales.....	189
VI.8. Salud de la mujer.....	192
VI.9. Pruebas de screening.....	194
VI.10. Enfermedades crónicas.....	198
VI.11. Seguridad vial.....	203
VI.12. Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida.....	205
VI.13. Hipotéticas variables predictoras del nivel de salud percibida....	209
VII. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA.....	213
VIII. CONCLUSIONES.....	217
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	223
X. ANEXOS.....	279
ANEXO I. Mapa distritos de la ciudad de Sevilla.....	281
ANEXO II: Distritos y barrios oficiales de la ciudad de Sevilla.....	282
ANEXO III: Distribución geográfica de los distritos de la ciudad de Sevilla con barrios oficiales y secciones censales.....	283
ANEXO IV. Consentimiento informado.....	295
ANEXO V. Cuestionario.....	299
ANEXO VI. Informe Comité Ético de Experimentación.....	309

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS**



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Determinantes de salud según el Informe Lalonde.....	40
Gráfico 2. Modelo de Creencias de Salud de Becker y Maiman.....	54
Gráfico 3. Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen.....	57
Gráfico 4. Teoría de la Conducta Planificada de Azjen.....	58
Gráfico 5. Teoría de la Motivación a la protección de Rogers y cols.....	60
Gráfico 6. El Proceso de Adopción de Precauciones de Weinstein.....	65
Gráfico 7. Modelo HAPA de Schwarzer.....	67
Gráfico 8. Teoría de la Acción Social de Ewart.....	71
Gráfico 9. Modelo de Promoción de la Salud de Pender.....	74
Gráfico 10. Interpretación gráfica del Modelo Salutogénico.....	80
Gráfico 11. Motivos de asistencia a la consulta médica.....	116
Gráfico 12. Motivos de asistencia a la consulta de enfermería.....	117
Gráfico 13. Distribución de los alimentos consumidos.....	126
Gráfico 14. Distribución de las bebidas consumidas.....	127
Gráfico 15. Tipo y frecuencia de los métodos anticonceptivos.....	143
Gráfico 16. Medidas de protección empleadas por la muestra en el último mes en función de medio de transporte.....	150
Gráfico 17. Frecuencias de obtención de apoyo emocional.....	152





## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Dimensiones del instrumento de medida.....	94
Tabla 2. Distribución de la población autóctona de 25 a 44 años según sexo y distrito de residencia.....	95
Tabla 3. Distribución de la muestra (25-44 años) según sexo y distrito de residencia.....	97
Tabla 4. Características sociodemográficas.....	104
Tabla 5. Características sociodemográficas según edad.....	105
Tabla 6. Características sociodemográficas según sexo.....	106
Tabla 7. Ocupación de la población estudiada.....	107
Tabla 8. Características de la vivienda y situación económica de la muestra...	108
Tabla 9. Nivel de salud autopercebida e IMC.....	111
Tabla 10. Nivel de salud autopercebida e IMC según sexo.....	111
Tabla 11. Nivel de salud autopercebida e IMC según edad.....	112
Tabla 12. Variables antropométricas, hábitos de sueño y estado de salud según sexo.....	113
Tabla 13. Variables antropométricas, hábitos de sueño y estado de salud, según edad.....	114
Tabla 14. Uso de los servicios sanitarios.....	115
Tabla 15. Nivel de salud autopercebida y uso de los servicios sanitarios según sexo.....	118
Tabla 16. Uso de los servicios sanitarios, según la edad.....	118
Tabla 17. Actividad física en el trabajo y ejercicio físico en tiempo libre.....	120

Tabla 18. Actividad física en el trabajo y ejercicio físico en tiempo libre según sexo.....	120
Tabla 19. Actividad física en el trabajo y ejercicio físico en tiempo libre por grupos de edad.....	120
Tabla 20. Patrón de ingesta en el desayuno.....	121
Tabla 21. Patrón de ingesta a media mañana.....	122
Tabla 22. Patrón de ingesta a medio día.....	123
Tabla 23. Patrón de ingesta en la merienda.....	124
Tabla 24. Patrón de ingesta en la cena.....	125
Tabla 25. Cualitativas según sexo. Alimentación.....	129
Tabla 26. Cualitativas según edad. Alimentación.....	129
Tabla 27. Consumo de alcohol.....	130
Tabla 28. Consumo de alcohol según sexo.....	131
Tabla 29. Consumo de alcohol según edad.....	132
Tabla 30. Hábitos de consumo de alcohol según sexo.....	134
Tabla 31. Hábitos tóxicos según grupos de edad.....	136
Tabla 32. Consumo de tabaco.....	137
Tabla 33. Consumo de tabaco según sexo.....	138
Tabla 34. Consumo de tabaco según edad.....	138
Tabla 35. Automedicación, empleo de remedios tradicionales y consumo de drogas ilegales.....	140
Tabla 36. Automedicación, empleo de remedios tradicionales y consumo de drogas ilegales por sexo.....	141

Tabla 37. Automedicación, empleo de remedios tradicionales y consumo de drogas ilegales por edad.....	141
Tabla 38. Hábitos sexuales.....	142
Tabla 39. Hábitos sexuales según sexo.....	143
Tabla 40. Hábitos sexuales según grupos de edad.....	144
Tabla 41. Salud de la mujer.....	145
Tabla 42. Salud de la mujer según grupos de edad.....	145
Tabla 43. Enfermedades crónicas por sexo.....	149
Tabla 44. Enfermedades crónicas según grupos de edad.....	149
Tabla 45. Medidas de protección empleadas en el último mes según de medio de transporte.....	150
Tabla 46. Medidas de protección durante la conducción según sexo.....	151
Tabla 47. Medidas de protección durante la conducción según edad.....	152
Tabla 48. Apoyo recibido y grado de satisfacción con la vida según sexo.....	153
Tabla 49. Apoyo recibido y grado de satisfacción con la vida según edad.....	154
Tabla 50. Variables relacionadas con la salud mental según sexo.....	155
Tabla 51. Variables relacionadas con la salud mental según edad.....	155
Tabla 52. Análisis univariante de regresión logística. Relación entre el nivel de salud autopercebida y variables estudiadas.....	157
Tabla 53. Modelo de regresión logística multivariante. Relación entre el estado de salud autopercebida y las variables estudiadas.....	158



## **I. INTRODUCCIÓN**



En la actualidad, y en la mayoría de los países, los principales problemas de salud pública son enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer, diabetes, obesidad...), en cuya génesis se involucran una serie de factores de riesgo ligados al comportamiento humano: hábito de fumar, consumo excesivo de alcohol, inactividad física, alimentación inadecuada, que se consideran las «cuatro grandes» conductas modificables y cuya participación en el desarrollo de dichos procesos está ampliamente documentada<sup>1-15</sup>.

Por otro lado, las personas practican también una serie de medidas que tienden a mantener y fomentar su niveles de salud, algunas contrapuestas a las anteriores (no fumar, no consumir alcohol en exceso, realizar ejercicio físico, tener una correcta alimentación) y otras relacionadas con el conocimiento y manejo de los problemas de salud que presenten o se puedan presentar (control de la tensión arterial, de los niveles de glucemia, de colesterol, medidas para practicar sexo seguro, seguimiento del régimen terapéutico prescrito, respeto de las normas de seguridad vial...) así como con el uso adecuado de las estructuras sanitarias<sup>16-18</sup>.

Tanto unas (conductas de riesgo) como otras (conductas de salud), forman parte de los estilos de vida y se ha probado que la modificación de estas conductas relacionadas con la salud - o lo que es lo mismo, de los estilos de vida - puede reducir las tasas de morbi-mortalidad en todos los sectores de la población<sup>19-26</sup>.

Existen trabajos que demuestran que las conductas relacionadas con la salud no aparecen de una manera aislada, ni se distribuyen de una forma aleatoria en la población, sino que están asociadas a determinados factores personales como el sexo, la edad, la clase social o la etnia, entre otros; además, estos patrones están en la base del efecto sinérgico de los distintos factores de riesgo y se relacionan con otros elementos como la autopercepción del estado de salud o la calidad de vida<sup>27-33</sup>.

Por tanto, el conocimiento de los estilos de vida de las poblaciones nos va a permitir la determinación de sus riesgos y, tal y como establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), permite acercarse a la salud desde una perspectiva holística que pone el énfasis en la prevención, a través de la intervención sobre las combinaciones de factores de riesgo modificables, y será uno de los elementos fundamentales en la planificación, tanto de las estructuras como de las actividades sanitarias que habrán de ponerse en marcha para el mantenimiento de la salud o la recuperación de la misma, en caso de que se produzcan problemas de salud<sup>27,31,33</sup>.

Desde el punto de vista asistencial, y especialmente en el ámbito comunitario, muchas de las actividades de promoción y prevención recaen de una manera muy directa en la enfermera, por ser el profesional que mantiene un contacto más estrecho y continuado con la población a su cargo, por lo que la identificación de las conductas de riesgo y de salud de la misma es un instrumento imprescindible para poder planificar y otorgar adecuadamente los cuidados; y la educación para la salud, cuyo principal objetivo es incrementar el conocimiento y la responsabilización de las personas sobre la salud individual y colectiva, se convierte en la estrategia más poderosa de la que dispone la enfermera para hacer efectiva la promoción de la salud de las personas y comunidades<sup>34,35</sup>. Además, la participación activa de las mismas en la prevención y control de los problemas de salud es una condición indispensable que permite que la población pueda expresar sus demandas y se garantice la cobertura de sus necesidades, su protagonismo como agentes de salud y, finalmente, su empoderamiento para promover su autorresponsabilidad en la salud, al incrementar su autoeficacia y, con ello, las posibilidades de éxito para adoptar o modificar conductas promotoras de la salud<sup>36-38</sup>.

El punto de partida para plantear cualquier estrategia de promoción de la salud es, necesariamente, la determinación de las necesidades de salud de la población y el conocimiento de las conductas y comportamientos de las personas el punto clave para poder hacerla efectiva. En los últimos años, la administración



sanitaria ha tomado conciencia de esta importancia, de ahí que se realicen periódicamente encuestas de salud en diversos países, entre ellos España<sup>39,40</sup>. No obstante, la metodología empleada, a través de llamada telefónica, hace que pueda influir en la fiabilidad de los resultados y condicionar un mayor índice de no respuesta.

La identificación de las principales conductas de riesgo ha centrado mayoritariamente los estudios epidemiológicos relacionados con los principales problemas de salud en la mayoría de los países, y también en el nuestro. Sin embargo, son escasos los trabajos orientados al conocimiento de las conductas de salud, posiblemente por la insuficiencia de instrumentos de medida de las mismas y muchos de ellos se centran en población inmigrante<sup>41-50</sup>.

Hemos llevado a cabo y colaborado en la realización de algunas investigaciones encaminadas a evidenciar las conductas de salud de diversos colectivos de población inmigrante<sup>51-53</sup>, pero no se han efectuado, ni se han encontrado en la literatura, estudios sobre los estilos de vida relacionados con la salud de la población sevillana, de ahí nuestro interés. Esto nos lleva a plantearnos el problema de nuestra investigación, que es la necesidad de medir las conductas de salud determinantes del estilo de vida de la población autóctona de nuestra ciudad, a través de un instrumento fiable y válido para nuestra cultura e idioma.

Por otro lado, apenas encontramos trabajos planteados desde una perspectiva enfermera y, concretamente en nuestro medio, no existe ninguno que pretenda conocer las conductas de salud de la población y establecer su vinculación como predictoras de los problemas de salud y utilización de los servicios sanitarios, más concretamente en un estrato de edad especialmente vulnerable, por lo que centra las indicaciones de la mayoría de pruebas de cribaje y en el que han demostrado ser muy efectivas las medidas preventivas incluidas en las estrategias sanitarias de índole poblacional. Al mismo tiempo, las diferencias en el estado de salud, los estilos de vida y el uso de los servicios sanitarios pueden tener importantes implicaciones a la hora de garantizar la

asistencia sanitaria de la población y en la detección de posibles desigualdades en salud.

De ahí que nuestra intención, con esta Tesis, sea conocer las conductas de salud de la población autóctona adulta joven de la ciudad de Sevilla, con la finalidad de utilizar esta medición como factor predictivo de los problemas de salud para que la enfermera promueva la prestación de unos cuidados debidamente contextualizados a nivel personal y grupal, y potencie los estilos de vida saludables de la población a su cargo como forma de avanzar en el desarrollo de las estrategias de promoción de la salud.

El presente trabajo se enmarca en la línea de investigación «Promoción de la Salud en las distintas etapas de la vida» del Departamento de Enfermería y forma parte del Proyecto de Investigación «Análisis comparativo de las conductas de salud en personas inmigrantes y autóctonas en la ciudad de Sevilla» (PI-0138), financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en la Convocatoria de 2009.

## **II. MARCO TEÓRICO**



## **II.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

El concepto de Promoción de la Salud es relativamente joven, pues surge como consecuencia de una evolución en el campo de la Salud Pública hacia una perspectiva más dinámica, en la que se identifican diversos niveles de salud, se tienen en cuenta un gran número de factores condicionantes en el proceso de salud-enfermedad de las poblaciones y se da un mayor protagonismo a la persona como corresponsable de su propio nivel de salud, en consonancia con lo que Ashton y Seymour denominan «la nueva salud pública»<sup>54</sup>.

Aunque con anterioridad ya se había hablado de algo similar, bajo el nombre de prevención primordial, el término quedó definido en la Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, en 1986, como «El proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Es una perspectiva derivada de una concepción de la salud entendida como la capacidad de las personas y los grupos para, por un lado, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro, adaptarse al entorno o modificarlo. La salud se considera así un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo por el cual vivir»<sup>55</sup>.

Tanto dicha conferencia, que promovió el espíritu de la Declaración de Alma-Ata, como las posteriores conferencias mundiales celebradas en Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Yakarta (1997), México D.C. (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009) y Río de Janeiro (2011) proporcionaron indicaciones y orientación sobre las medidas a tomar para abordar los determinantes de la salud con miras a lograr la equidad sanitaria y, con ella, la tan anhelada «Salud para todos».

Entre los objetivos directores de la Promoción de la Salud, se encuentran:

1. Desarrollar políticas que apoyen la salud: se insta a que la salud forme parte de los programas de acción de los políticos en todas las instituciones y todos los sectores. Supone identificar e intentar corregir

las barreras que impiden adoptar políticas saludables fuera del sector sanitario.

2. Crear entornos favorables: la salud humana se construye sobre la forma en que tratamos a la naturaleza y a nuestro propio ambiente. Las sociedades que no tienen en cuenta los aspectos ecológicos acaban por sentir los efectos adversos en cuanto a problemas sociales y de salud. El trabajo y el ocio tienen un impacto claro en la salud, por esto, la Promoción de la Salud debe crear condiciones de vida y de trabajo que sean seguras, estimulantes, satisfactorias y divertidas.
3. Reforzar la acción comunitaria: las comunidades deben tener su propio poder y ejercer el control de sus propias iniciativas y actividades. Esto significa aumentar la participación ciudadana en la toma de decisiones a cualquier nivel.
4. Adquirir aptitudes individuales: a través de la información y la Educación para la Salud se pretende el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr opciones de vida saludables, tanto a nivel personal como a nivel social. Se facilita así un mayor control por parte de la gente sobre su propia salud y sobre el ambiente. Todo este proceso debe ser apoyado desde la escuela, el hogar, el lugar de trabajo y la propia comunidad.
5. Reorientar los servicios asistenciales: debe tenderse a cambiar las actividades clínicas, que ocupan la mayor parte del tiempo de los profesionales por actividades de Promoción y Educación para la Salud que implique a individuos, grupos comunitarios, profesionales de la salud, personal auxiliar, administrativo, etc. Todos deben trabajar juntos reorientando el sistema hacia una asistencia que realmente tenga la salud como objetivo<sup>55</sup>.

Y para que esto sea posible, es necesario que se cumplan una serie de principios clave para la promoción de la salud y que son<sup>56</sup>:

- Implicar a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Centrarse en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combinar métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspirar a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud en sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un importante papel en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

La Promoción de la Salud implica una transición conceptual que permite un cambio en el punto de mira de la atención sanitaria desde el individuo enfermo al paciente sano<sup>56</sup> y constituye, por tanto, un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

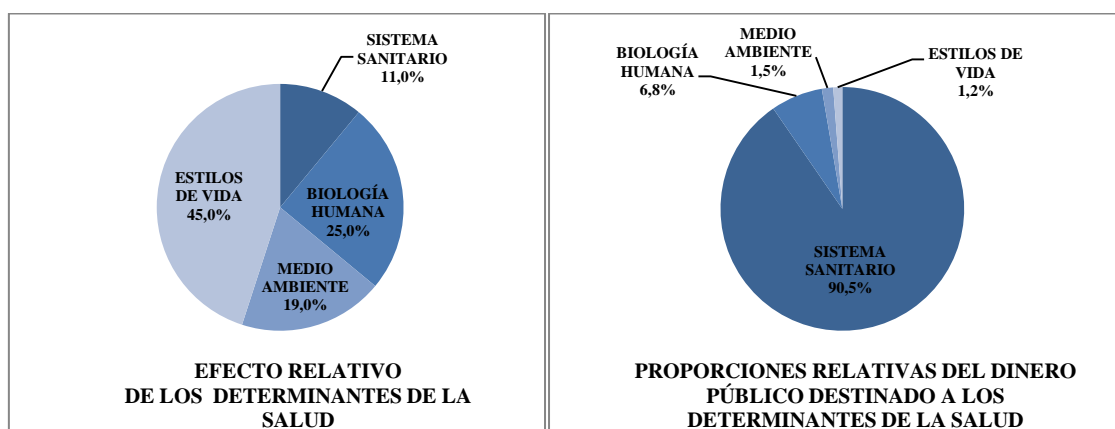
Según Colomer y Álvarez-Dardet<sup>56</sup> y Oblitas<sup>57-59</sup>, dicha estrategia se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de la salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, alcanzando mayor bienestar con equidad social y mejorando su calidad de vida. El reconocimiento del valor de esa actividad es cada vez mayor, debido a la eficacia y la costo-eficacia con

que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades. Existe un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, salud, y desarrollo humano y económico<sup>60</sup>.

## II.2. EL MODELO DE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LALONDE

Esta visión integradora sobre los condicionantes de la salud que recoge el concepto de promoción tiene su fundamento en el modelo desarrollado por Laframboise sobre determinantes de salud y defendido por Marc Lalonde en su informe «Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses»<sup>61</sup>. En él se distribuyen los factores determinantes de la salud en cuatro grandes grupos: biológicos, medioambientales, factores ligados a los estilos de vida y factores relacionados con la asistencia sanitaria. Posiblemente, la grandeza de este modelo estriba en el análisis ponderado de los fondos invertidos en los mismos, demostrándose que la menor inversión se produce en los dos grupos que más influyen en el nivel de salud de las poblaciones, como son los factores medioambientales y los estilos de vida, como se puede apreciar en el siguiente gráfico:

**Gráfico 1. Determinantes de salud según el Informe Lalonde**



Tomado de González López<sup>53</sup>.



### II.3. ESTILO DE VIDA

El término estilo de vida aparece en las ciencias sociales y psicológicas en diferentes momentos de su desarrollo y bajo diferentes perspectivas: asociado al estudio de los individuos y grupos, para comprender la identidad de grupos macro y microsociales, el carácter del consumo en términos económicos, la existencia humana en su especificidad individual y la causalidad del proceso salud-enfermedad<sup>62</sup>.

Las primeras aproximaciones al concepto tienen lugar a finales del siglo XIX, a partir de los trabajos de filósofos y sociólogos como Karl Marx y Max Weber. Ambos ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando en los determinantes sociales para su adquisición y mantenimiento. Así Marx entiende que el estilo de vida es un producto de las condiciones socioeconómicas a las que se hallan sometidos los individuos. Weber ofrece una ampliación del concepto, admitiendo que el estilo de vida está determinado en parte por los aspectos socioeconómicos, pero a su vez el estilo de vida que adopten los individuos influye e incluso determina la estratificación social.

Según Weber, el estilo de vida está constituido por dos elementos: la conducta vital y las oportunidades vitales. La conducta vital se define como las elecciones que realizan los individuos en su estilo de vida y las oportunidades vitales constituyen la probabilidad de realizar tales elecciones en base a su posición socioeconómica. De esta manera, y en contraste con Marx, Weber aunque enfatiza la importancia de los factores sociológicos, ofrece cierto margen de libertad al individuo en su comportamiento<sup>63,64</sup>.

A principios del siglo XX, se produce un desplazamiento desde los factores socioeconómicos a los factores individuales en el estudio de los estilos de vida, apareciendo una orientación personalista representada por Alfred Adler, quien define el estilo vital como un patrón único de conductas y hábitos con los cuales el individuo lucha por conseguir la superioridad. El estilo de vida significa cómo vives tu vida, cómo manejas tus problemas y las relaciones

interpersonales<sup>63,65</sup>. No obstante, la conceptualización de Adler dista mucho de la que se efectúa hoy en día, puesto que él entiende que el estilo de vida se va forjando desde la niñez y, aunque concede importancia al ambiente socio-cultural y al conocimiento de sí mismo, lo entiende desde una perspectiva mecanicista e invariable.

En la Sociología americana de los años 50 del pasado siglo, comenzó a utilizarse el concepto de *lifestyle* para matizar la diversificación de formas de personalidad y culturales producidas por medios condicionantes muy específicos como el rural y el urbano, e incluso dentro del medio urbano, para identificar los submundos formados en el vertiginoso proceso exponencial de crecimiento de las ciudades. Pronto se pasa a entender por estilo de vida el complejo de rasgos visibles de las personas, según marcos de referencia cultural, de clase, territorial, etc.<sup>63</sup>.

La OMS definió en 1986 el estilo de vida como «una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales»<sup>66</sup>. En 1998 se modificó esta definición, estableciéndose que «el estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales»<sup>67</sup>.

Desde la psicología de la salud, algunos autores<sup>68,69</sup> consideran el estilo de vida esencialmente como unos patrones de comportamiento que definirán una forma de vida. Zaldivar<sup>70</sup> agrega los patrones de expresión afectivo-cognitivos, así más que en los patrones de conductas, este autor concibe el estilo de vida como la forma de expresión del sujeto en la vida cotidiana.

Fidler<sup>71</sup> lo define como un conjunto de comportamientos y/o actitudes que configuran la manera en que vive una persona, por lo que, reflejan las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.

Según Perea<sup>72</sup>, en su forma más llana, el estilo de vida es el modo, forma y manera de vivir.

Algunas áreas de la ciencia utilizan el término con un sentido más específico. Por ejemplo en epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, se entiende como «un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud»<sup>73</sup>.

Para algunos sociólogos como Chaney<sup>74</sup>, nuestro estilo de vida ayuda a definir nuestras actitudes y valores y muestran nuestra riqueza y posición social; así, los estilos de vida son patrones de actuación que diferencian a la gente. Además, permiten comprender qué hacen, por qué lo hacen y qué significado tiene lo que hacen para ellas y para otras personas. Así, los estilos de vida están conformados por prácticas y actitudes que toman sentido en un contexto determinado y que permiten identificar diferentes riesgos en cuanto a la salud-enfermedad. Los estilos de vida se construyen gracias a una serie de variables o conductas individuales que tienen lugar en un determinado contexto socio-económico y cultural, de ahí que rara vez los estilos de vida sean homogéneos, pues los diferentes grupos sociales combinan «buenas» y «malas» conductas de diferentes maneras, que varían dependiendo de los medios sociales.

Estas ideas tienen su base en los trabajos de Bibeau y cols.<sup>75</sup> que, desde una perspectiva integral, consideran los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen, y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo de alcanzar y/o mantener el bienestar de la persona humana en la sociedad a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia, y autodeterminación, entre otras<sup>76-78</sup>.

Walters<sup>79</sup> ofrece una teoría para comprender la génesis de los estilos de vida. Para él, un estilo de vida se define por los estilos específicos interactivos que reflejan la naturaleza de las interacciones de una persona con su medio externo e interno e identifica dos estructuras relacionadas: una interna o endoesqueleto y una externa o exoesqueleto. La interna está constituida por tres elementos clave: condiciones, elecciones y cogniciones (denominadas en el original las tres C's: *conditions, choice, cognition*). Las condiciones pueden ser a su vez internas (herencia, inteligencia) y externas (relaciones familiares, presión de pares). La elección es lo que da sentido al concepto de estilo de vida, al estar éste enraizado en la elección y en la toma de decisiones, pues el individuo es un participante activo que toma decisiones y determina objetivos y prioridades, genera y evalúa opciones y es capaz de elegir entre distintas alternativas. La cognición es el modo en que la persona soporta, justifica o explica su propia conducta.

Estos tres elementos constituyen la estructura del estilo de vida, pero cada estilo de vida tiene sus propias reglas, roles, rituales y relaciones (las cuatro Rs), que conforman el exoesqueleto y presentan el contenido del estilo de vida. Las reglas son las regulaciones que gobiernan el estilo de conducta. Los roles están siendo desempeñados por un individuo cuando implementa un determinado estilo de conducta. Los rituales son los patrones rutinarios de conducta en que se transforma el estilo de conducta. Las relaciones son las interacciones sociales que emplea el individuo en el marco del estilo conductual. Así, cada estilo de conducta está definido por múltiples reglas, roles, rituales y relaciones. Además,

ambas estructuras y las relaciones que se establecen entre ellas son fundamentales, ya que permitirán que se desarrollen estilos de vida específicos.

Roth<sup>68</sup> establece que el estilo de vida representa un producto complejo, fruto de factores personales, ambientales y sociales que emergen no sólo del presente sino también de la historia interpersonal. Otros autores identifican también estos factores personales<sup>57</sup>, interpersonales<sup>58</sup>, ambientales<sup>59</sup>, institucionales, que incluyen aspectos como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales<sup>80</sup>. Todo ello da lugar a una serie de factores que actúan como una red interactiva de influencias positivas o negativas sobre la salud

Por otro lado, de la Torre y Tejada<sup>81</sup>, partiendo del enfoque ecosistémico de Moraes<sup>82</sup>, plantean que el ser humano es un sistema en el que todos sus componentes biológicos, neurológicos, psicológicos, ambientales y educativos, interactúan como un todo. Teniendo en cuenta los prototipos estudiados por destacados psicólogos y neurocientíficos (Jung, Maturana, Gardner, Goleman, Damásio o Vyington) llegan a la conclusión de que en toda persona existe una serie de inclinaciones básicas. *«Estas inclinaciones o tendencias se ponen de manifiesto tanto en las actuaciones de la vida cotidiana, en las decisiones laborales, como en las relaciones sociales y en los procesos de aprendizaje y creación. Son como las vías aferentes y eferentes de comunicación que transforman la información en formación, las sensaciones en ideas y estas en acciones, las experiencias en creaciones, los estímulos en emociones, el individuo en persona. No sería exagerado afirmar que son estas actuaciones humanas, estos impulsos que van más allá de la conciencia, los que conforman una manera de ser, un estilo personal de relacionarnos con el mundo exterior. A esto es a lo que llamaremos "estilos de vida", en la medida en que son propensiones naturales e instintivas a percibir, pensar, sentir, actuar, persistir y comunicarse, de las cuales pocas veces somos conscientes pero que marcan nuestro modo de ser y actuar. La combinación de estos impulsos constituye estilos de vida diferentes en las personas, pudiendo establecerse con ellos*

*determinados perfiles. El predominio, la intensidad, la combinación, nos sugieren infinidad de variantes».*

Por tanto, y como indica Fidler<sup>71</sup>, el estilo de vida de cualquier persona es un fenómeno multidimensional y dinámico creado por la conformación propia interior y está formado por las características únicas de cada uno y por la dinámica del mundo externo, de ahí que no exista un estilo de vida «óptimo» al que puedan adscribirse todas las personas.

Esta idea subyace igualmente en el modelo que de la Torre y Tejada<sup>81</sup> proponen para explicar las dimensiones del estilo de vida, caracterizado por ser interactivo, comprensivo, dinámico espiral, adaptativo y sistémico. No se trata de dimensiones independientes sino interactivas, el predominio de una u otra repercute en el conjunto, tal como ocurre en muchas reacciones químicas, en las que la variación de un elemento, modifica las cualidades de otro, lo cual le otorga un sentido sistémico. La confluencia de las dimensiones de percibir, pensar, sentir, actuar, persistir y comunicar genera procesos creativos o destructivos, que se revierten hacia el interior y el exterior del individuo<sup>73</sup>. El predominio de unos componentes y la escasa manifestación de otros conformarán uno u otro estilo de vida.

La mutidimensionalidad del estilo de vida según el modelo señalado<sup>81</sup>, se recrea en lo perceptivo, cognitivo, sensorial, volitivo, estético, pragmático y comunicativo, en definitiva, las grandes dimensiones del ser humano. Por tanto, se puede hablar de:

- Dimensión perceptiva, sensorial, intuitiva, estética, del mundo exterior que nutre a la persona interiormente. En este caso la imagen sensorial tiene suma importancia en la vida de la persona y por consiguiente en los aprendizajes. La percepción es saber (percibir).

- Dimensión cognitiva y reflexiva que le permite organizar, relacionar esa información y construir conceptos, esquemas, teorías... Es un modo de adueñarse de la realidad. Saber es reflexionar (pensar).
- Dimensión emocional y afectiva que pone en marcha la mayor parte de mecanismos no solo cognitivos sino de acción. Se manifiesta en una doble dirección, interior y exterior, como necesidad expresiva y afectiva de los sentimientos de los otros. Todo saber queda tocado de sentimiento (sentir).
- Dimensión pragmática o aplicativa, una forma diferente de adueñarse y asimilar la realidad a través de la acción. Los tres modos principales de adueñarse de la realidad y construir los conceptos son: la razón, la emoción y la acción. Sabe cuanto hace o aplica (actuar).
- Dimensión volitiva, reflejo del hábito, constancia, empeño, persistencia en la acción planeada o iniciada. El ser humano se caracteriza no solo por la racionalidad sino también por la capacidad de persistir en la acción emprendida hasta llegar a la meta. El éxito social y la solidez del saber va asociada a la voluntad (persistir).
- Dimensión comunicativa y social, sin la cual dejaríamos de ser quienes somos. Somos en tanto somos en relación con los otros. Esta dimensión, presente en todo ser humano, se manifiesta en ocasiones como una necesidad de darse y necesitar de los demás, como ocurría con lo emocional. Los otros se constituyen en referente fundamental para ser uno mismo. El saber es un saber compartido (comunicar).

De esta somera aproximación constatamos que el estilo de vida no se limita solo a una conducta exterior, sino que lleva implícitamente una forma de conocer, de aprender, de adueñarse del conocimiento y, en último término, de la realidad. Los estilos que apuntamos son un modo de concebir la realidad y proyectarse en la vida.

Como se puede apreciar, las distintas definiciones consideradas aportan unos elementos importantes, que han analizado Rodríguez y Zaldívar<sup>62</sup>. Por un lado, estilo de vida es elección, ya sea de actividades, relaciones o hábitos entre posibilidades sociales o de una actitud a asumir ante demandas típicas implícitas en las áreas de la vida cotidiana. A su vez, se entiende como estrategias de vida. Además se habla de estilo de vida y patrones comportamentales y afectivo-motivacionales. Si bien todos estos elementos pueden estar incluidos, el lugar que ocupan en la definición de estilo de vida es diferente. Para ellos, el estilo de vida se define por la estructuración en las diferentes áreas de la vida cotidiana según la conformación e interrelación de los sistemas de actividades, comunicación, hábitos y enfrentamiento a los problemas. Tal estructuración constituye una estrategia y actitud del sujeto ante la vida. A su vez, los patrones de comportamiento y afectivo-motivacionales, nos indicarán las características y la forma en que se conforman e interrelacionan los distintos sub-sistemas, por ende nos permiten describir, nominar dicha estructuración de la cotidianidad del sujeto, es decir, el estilo de vida.

Por vida cotidiana se entiende lo inmediato, familiar, normal, lo dado de lo que se repite diaria o sistemáticamente en la inserción del sujeto con su mundo. Se asumen, como áreas de la vida cotidiana: la laboral o de trabajo, familia, pareja, tiempo libre, relaciones informales, actividad sociopolítica. Son realidades de la existencia humana, ante las cuales el sujeto debe formular su respuesta individual, que será su estilo de vida<sup>62</sup>. Para la OMS<sup>67</sup>, las condiciones de vida son el entorno cotidiano de los individuos, dónde éstos viven, actúan y trabajan. El nivel socioeducativo, la estructura familiar, la edad, la aptitud física, el entorno medioambiental y laboral, harán más atractivos, factibles y adecuados determinados comportamientos y estilos de vida.

La principal consecuencia que se reconoce actualmente al estilo de vida es sobre la salud, fundamentalmente, sobre el funcionamiento psíquico y físico del sujeto, constituyéndose en factor de riesgo o seguridad. Pues, como parecen demostrar las investigaciones contemporáneas, unos estilos de vida generan o



mantienen mejor unos niveles de salud que otros, aunque no existe un estilo de vida totalmente sano<sup>62</sup>. Adler<sup>65</sup> y Allport<sup>83</sup> se centraron en las consecuencias psicológicas del estilo de vida, dadas las funciones que le atribuyen. Para el primero, y como ya hemos comentado anteriormente, el estilo de vida debía tener como consecuencia la obtención de seguridad y superioridad, mientras que, para el segundo, se podían agrupar estilos de vida semejantes según su capacidad de potenciar al individuo para enfrentarse con las dificultades de la vida de forma realista o defensiva, donde el individuo se concentra en la protección contra todo lo que considere una amenaza a la estima de sí mismo. Además, se reconoce la influencia del estilo de vida en el consumo, acciones políticas y en otras áreas de la vida social<sup>62</sup>.

En resumen, y según estas visiones, los factores sociales, psicológicos y de comportamiento condicionan los modos de vida de las personas y condicionan también sus consecuencias. Por otro lado, el constructo estilo de vida se asocia a las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos permeables que dependen de los sistemas socioeducativos. Estilo de vida hace referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas, comportamientos sostenidos o hábitos, de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como conductas generadoras de salud o conductas saludables y conductas de riesgo<sup>73,84,85</sup>.

### **II.3.1. Conductas de riesgo y conductas de salud. Estilos de vida saludable**

En el Glosario de la OMS<sup>67</sup>, se definen las conductas de riesgo como comportamientos asociados a una mayor susceptibilidad para una causa específica de mala salud. Por el contrario, se conceptualizan las conductas orientadas hacia la salud o conductas promotoras de la salud como cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o

percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin<sup>1</sup>.

Algunos autores, como Sutton<sup>86</sup>, han querido diferenciar dentro de las conductas de salud dos tipos: aquéllas que verdaderamente pueden denominarse conductas de salud y las denominadas conductas de enfermedad. Por ejemplo, si una persona que ha sufrido un ataque cardíaco realiza ejercicio de forma regular, quizás por recomendación de su médico o enfermera, ésta debería entenderse como una conducta de enfermedad, porque la persona ya ha sido diagnosticada de una enfermedad o problema de salud determinado; por el contrario, si esa misma persona hubiera estado realizando ejercicio antes de sufrir el ataque cardíaco, sería más apropiado el término de conducta de salud. La razón aducida por Sutton es que los determinantes de las conductas de salud pueden ser diferentes de los de las conductas de enfermedad.

Del mismo modo, se pueden diferenciar también otros tipos o dimensiones; así, conductas de detección frente a conductas de prevención<sup>87</sup>, conductas públicas (realizar ejercicio en el parque) o privadas (realizar ejercicio en casa) y conductas que conllevan el uso de los servicios sanitarios (realizarse una mamografía) de las que no lo hacen (realizarse una autoexploración mamaria). No obstante, y aunque estos diferentes tipos puedan estar influenciados por distintos factores, todas están influidas por el mismo determinante cognitivo y pueden explicarse con las mismas teorías (a las que nos referiremos más adelante), por lo que, desde una opción más práctica, se engloban todas bajo la misma denominación de conductas de salud<sup>86</sup>.

Como hemos comentado anteriormente, las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de riesgo a menudo se agrupan en unos patrones más complejos de comportamientos conocidos como estilos de vida. Por tanto, las personas que mantienen unas conductas orientadas hacia la salud tendrán un estilo de vida saludable.

A pesar de no existir una definición aceptada internacionalmente sobre estilo de vida saludable, la mayoría de los autores lo entienden como un conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones positivas en la salud de las personas. En lo que no todos coinciden es si estos patrones conductuales son elegidos voluntaria o involuntariamente por los individuos.

Barrios<sup>85</sup>, se inclina por la elección voluntaria al afirmar «Estilo de vida saludable, es un patrón de comportamiento consciente, que se aprende mediante la práctica persistente del conocimiento adquirido, para el cultivo de la sabiduría o disfrute de mayor salud y bienestar humano».

El modelo biomédico ha defendido el carácter exclusivamente voluntario de tal elección, circunstancia que ha sido muy criticada por los autores de orientación psicosocial, dado que tiende a culpabilizar a la víctima de sus hábitos o estilo de vida insano, mientras que estos últimos entienden la elección como involuntaria en cierta medida, ya que reconocen la influencia de las variables psicosociales en la adquisición y mantenimiento del estilo de vida<sup>88,89</sup>.

Como reacción al reduccionismo biomédico, a partir de la 31 sesión del comité regional de la OMS para Europa<sup>90</sup>, los programas de promoción de los estilos de vida saludables adoptan una forma más social.

Paralelamente, han emergido diversos modelos y teorías que intentan explicar la adopción de estilos de vida saludables desde una perspectiva psicosocial. Son múltiples y muy diversos los modelos explicativos acerca de por qué las personas ponen en práctica determinadas conductas de salud y sobre cómo desarrollar de forma eficaz hábitos de salud. Siguiendo a Medina y León<sup>91</sup>, mencionaremos únicamente aquéllos que pueden ser aplicados a cualquier problema de salud, independientemente de la intencionalidad de sus autores al formularlos, manteniendo la agrupación que ellos realizan.

### **II.3.2. Modelos y teorías que explican la adopción de conductas de salud**

A) Modelos que parten de la suposición de que las actitudes y creencias son los principales determinantes del comportamiento, a partir de los cuales podemos hacer previsiones bastante fiables acerca del curso de acción probable de una persona bajo determinadas circunstancias. Pertenecen a lo que se ha dado en llamar teorías de la expectativa-valor, que asumen que la opción por un determinado curso de acción se basa en dos tipos de cogniciones: La probabilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conducirá a un conjunto de resultados esperados y la valoración de los resultados de la acción. Así, las personas escogerán, de entre varios cursos de acción alternativos, aquel que tenga más posibilidades de resultar en consecuencias positivas o de evitar las negativas. Los principales modelos y teorías son: el de creencias de salud, la teoría de la acción razonada y de la conducta planificada y las teorías de la motivación protectora.

#### **- Modelo de Creencias sobre la Salud, o Health Belief Model (HBM):**

Es el modelo más antiguo y el más utilizado en la explicación y promoción de las conductas de salud. Fue originalmente desarrollado, a finales de los años 50 del pasado siglo, por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum (1958)<sup>92</sup>, revisado posteriormente por Rosenstock (1966)<sup>93</sup> y modificado por Becker y Maiman (1975)<sup>94</sup> para dejarlo como actualmente lo conocemos.

Según el modelo, las motivaciones y percepciones subjetivas que tenga la persona acerca de su salud están influidas por factores demográficos, personales, estructurales y sociales que determinan las acciones saludables que emprende. Este modelo está basado, entre otras, en la Teoría de Campo de Kurt Lewin, en las teorías acerca de la toma de decisiones y en la Teoría del Valor Esperado.

Los componentes básicos del Modelo de Creencias en Salud se derivan de la hipótesis de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos

variables: el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta. Si nos circunscribimos al ámbito de la salud, podríamos traducirlas como: el deseo de evitar la enfermedad y la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud)<sup>95</sup>.

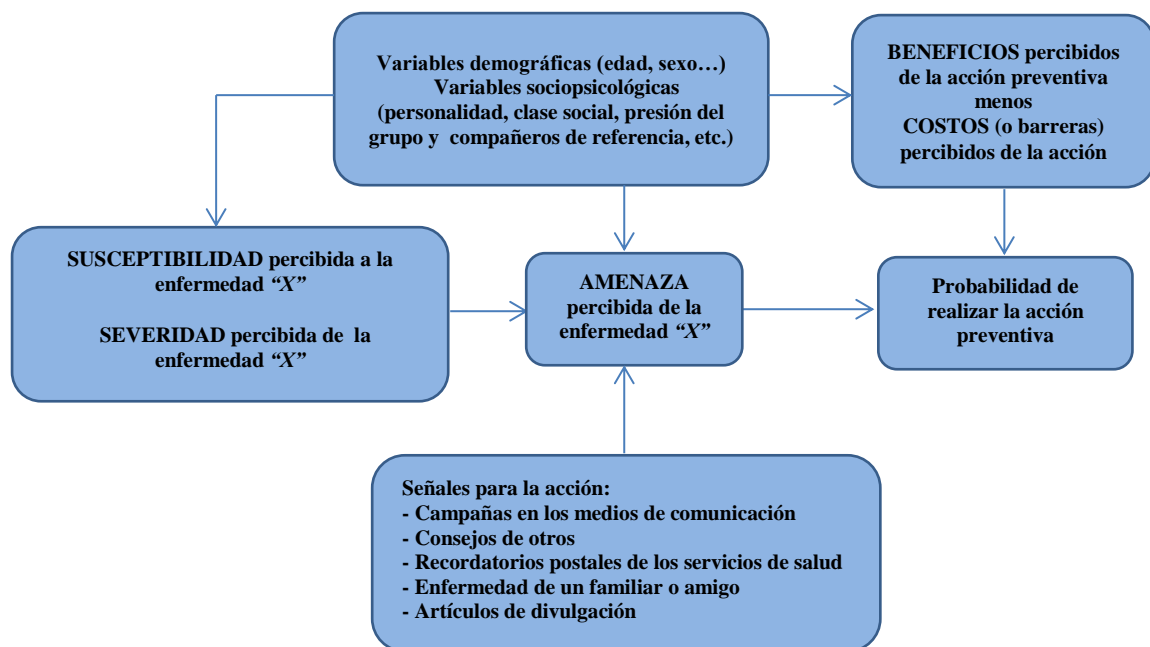
Las dimensiones del modelo son: la susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud, o riesgo subjetivo, que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde quien niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por quien admite la probabilidad estadística de que le ocurra un problema de salud pero no considera la posibilidad real, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad; la severidad percibida se refiere a la percepción de la gravedad de las consecuencias en caso de contraerla o de dejarla sin tratar una vez contraída, que puede incluir tanto la gravedad clínica como la interferencia con las actividades cotidianas, el impacto sobre su propia apariencia, efectos sobre el trabajo, la vida familiar, las relaciones sociales etc. La combinación de las dos primeras variables, denominadas por algunos investigadores como amenaza de enfermedad, proporcionará al sujeto la motivación para actuar; los beneficios potenciales de la acción respecto de la prevención o reducción de la amenaza o gravedad percibidas, asumiendo que las creencias del sujeto respecto a los cursos de acción de que dispone están influidas por las normas e incluso presiones del grupo social al que pertenece; y los costes o barreras percibidas, físicas, psicológicas, económicas etc., de llevar a cabo la acción. La conducta preventiva concreta que el sujeto adopte será aquella que comporte mayores beneficios percibidos y menos costes de cara a reducir la amenaza de enfermedad<sup>95,96</sup>.

Asimismo, sostiene que es necesario que existan claves para la acción que desencadenen el proceso que conduce a la realización del comportamiento de

salud apropiado, bien externas como por ejemplo las campañas de sensibilización en los medios de comunicación social o internas como la aparición de síntomas. El modelo predice que cuando la susceptibilidad y gravedad percibidas sean bajas, será necesario que la clave para la acción sea intensa; en cambio, si la vulnerabilidad y gravedad percibidas son elevadas, una clave para la acción poco intensa puede ser suficiente para desencadenar la acción.

Además, hay que tener en cuenta una serie de factores modificadores (culturales, sociodemográficos, psicológicos etc.) que pueden influir en el proceso, aunque no están relacionados en términos causales con éste ya que se entiende que estas variables trabajan por medio de sus efectos sobre las motivaciones y percepciones subjetivas que acerca de la salud tiene el individuo, más que como causas directas de las acciones saludables<sup>91</sup>.

**Gráfico 2. Modelo de Creencias de Salud de Becker y Maiman**



Tomado de Moreno y Gil<sup>95</sup>. Elaboración propia.

No obstante, este modelo tiene algunas críticas debido al excesivo énfasis en las variables cognitivas, minimizando la importancia de las contingencias sociales e individuales, y su modesta capacidad predictiva del comportamiento real. Debido a ello, se ha puesto de manifiesto que sirve para explicar, más bien, la adopción de conductas de salud aisladas, como evitar fumar, el consumo de alcohol u otras drogas como la heroína o la cocaína, la higiene dental, la realización de ejercicio físico, la alimentación saludable, utilizar equipos de seguridad o protección en el trabajo, promover un uso saludable del ordenador, mantener relaciones sexuales seguras, someterse a chequeos para la detección precoz del cáncer, usar de forma correcta los servicios de urgencia o favorecer la adhesión al tratamiento, más que en un estilo de vida saludable de manera global. A pesar de ello, las creencias, como fenómenos psicológicos reales cuya existencia no cabe poner en duda, son variables importantes a considerar en la explicación de las conductas humanas<sup>91-96</sup>.

**- Teorías de la Acción Razonada y de la Conducta Planificada:** Otro marco teórico muy utilizado que subraya el papel de los factores cognitivos motivaciones como determinantes de la conducta de salud en general es la Teoría de la Acción Razonada desarrollada por Fishbein y Ajzen<sup>97</sup>. Originalmente, esta teoría fue desarrollada con el objetivo de explicar el comportamiento social, aplicándose más tarde al ámbito de la salud, con el propósito de explicar por qué las personas ponen en práctica determinadas conductas de salud y considera que la mayoría de los comportamientos están bajo el control volitivo de la persona, siendo el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano, la intención de llevarlo o no a cabo<sup>91</sup>.

Su interés fue el de establecer un modelo que tuviera un mejor poder predictivo de la conducta, en función del estudio de las actitudes, que otros modelos de valor esperado no habían podido establecer. Esta teoría establece una cadena causal, en la que las creencias, formadas con la base de la información disponible, determinan las actitudes, estas actitudes se transforman en

intenciones y estas intenciones en conductas. Así, cuando la persona tiene una nueva información que influye en sus creencias, la cadena comienza de nuevo, modificándose las actitudes y los comportamientos.

Las creencias son los bloques fundamentales que construyen el modelo; así, mediante la observación, o por la información recibida de cualquier fuente externa, o bien a través de varios procesos inferenciales, una persona forma una serie de creencias sobre un determinado objeto, es decir, asocia un objeto con determinados atributos positivos o negativos y esto es lo que condiciona su actitud favorable o no hacia el mismo.

Por lo tanto, las actitudes tienen una naturaleza afectiva o evaluadora que determinará la intención de la persona para desarrollar una serie de conductas hacia dicho objeto. La actitud se presenta como una predisposición general pero no predispone para el desarrollo de ninguna conducta específica; será cada una de las intenciones la que dará lugar a una conducta específica.

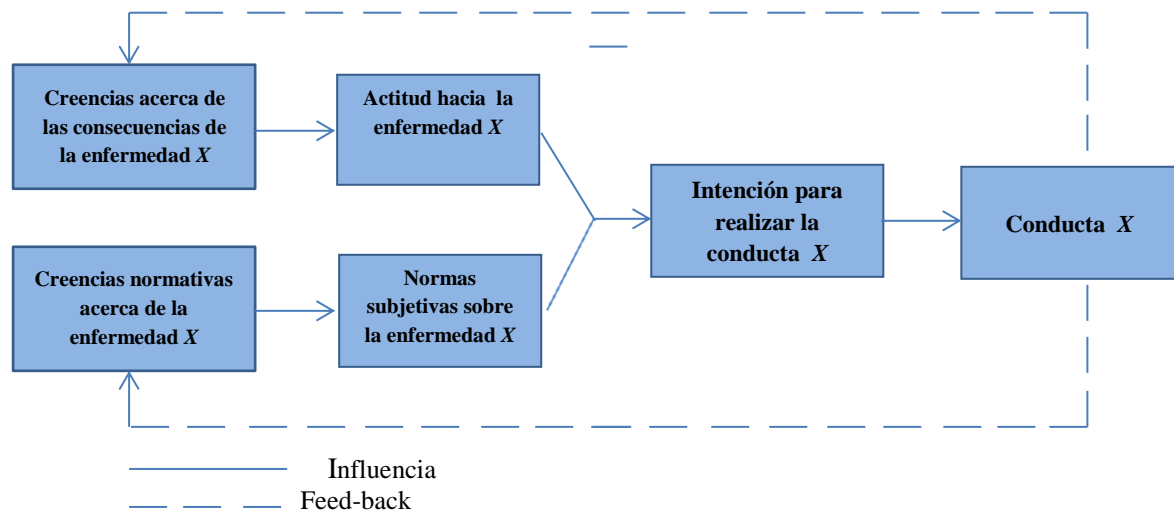
Además, existen otras creencias relevantes para la intención conductual que son creencias de tipo normativo y se refieren a las expectativas que, respecto a esa conducta, el sujeto percibe en su medio social, denominadas influencia social normativa o norma subjetiva, puesto que constituye la percepción que la persona tiene de la presión social que le induce a realizar o no cierta conducta.

En definitiva, la intención conductual de una persona se establece en función de dos factores: uno personal, que es su actitud hacia la conducta, referida como el juicio que la persona emite sobre si es bueno o malo llevar a cabo su acción, y su norma subjetiva, ya que se supone que las personas intentan hacer algo cuando creen que otras personas importantes para ellas piensan que deberían hacerlo. Ahora bien, dado que para algunas intenciones las consideraciones personales pueden ser más importantes que las normativas, o a la inversa, la teoría asume que cada uno de los factores tiene un peso relativo que hay que determinar, y que dichos pesos dependen de la intención que estemos considerando y de la persona en cuestión<sup>91,97</sup>.



Resumiendo, esta teoría sostiene que una persona tendrá la intención de realizar una conducta dada cuando posea una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma y cuando crea que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo<sup>91</sup>.

**Gráfico 3. Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen**



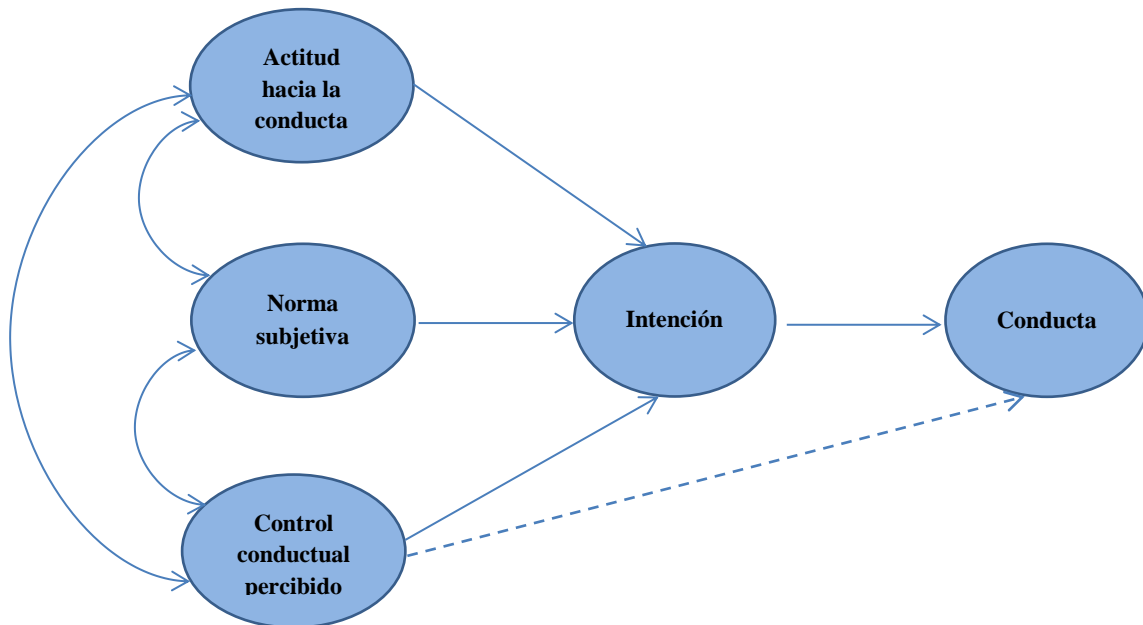
Tomado de Fishbein y Ajzen<sup>97</sup>. Elaboración propia.

Se conoce con el nombre de *Teoría de la Conducta Planificada* la reformulación que realizó Ajzen<sup>98</sup> de dicha teoría, añadiéndole una nueva variable: el grado de control percibido por la propia persona sobre su conducta, con la pretensión de que pudiera predecir conductas sobre las que los individuos tienen un control volitivo incompleto. La teoría de la conducta planificada establece que para que una persona desarrolle la intención de llevar a cabo una conducta saludable, es necesario, además de una actitud positiva y de la presión social, que se sienta capaz de llevarla a cabo y que tenga garantías de que dicho comportamiento le ayudará a obtener el resultado deseado. Este concepto de control conductual percibido es muy similar al concepto de autoeficacia de Bandura, al que nos referiremos posteriormente.

El control percibido se refiere a la percepción de dos tipos de obstáculos: los que se refieren a la falta de habilidades o competencias del sujeto para llevar a cabo la conducta y los obstáculos situacionales, tales como las oportunidades y

los recursos disponibles para ejecutar la conducta. La conducta motivada se ejecutará eficazmente si existe la intención y la posibilidad de realizarla.

**Gráfico 4. Teoría de la Conducta Planificada de Azjen**



Nota: La línea punteada indica que el control conductual percibido algunas veces tiene un efecto directo en la conducta, no mediado por las intenciones.

Tomado de Ajzen y Madden<sup>95</sup>. Elaboración propia.

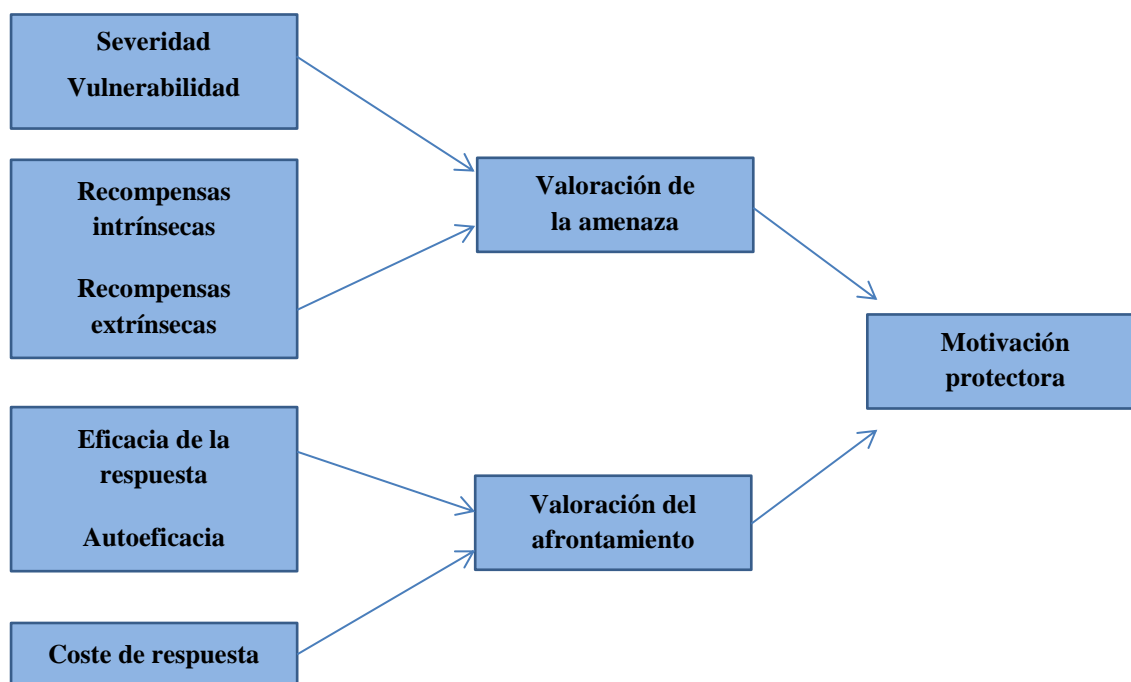
Estas teorías se han aplicado con éxito para predecir un gran número de conductas de salud, facilitando el análisis en la toma de decisiones en materia de salud, al separar las creencias de las actitudes y subrayar la importancia que tiene la influencia de los otros significativos sobre la intención de actuar del individuo. No obstante, una de sus principales limitaciones es que presta escasa atención a las variables emocionales a la hora de explicar las conductas de salud, cuando se sabe que tienen un importante papel como determinantes de comportamiento saludable. Por ejemplo, dejar de fumar es más difícil cuando se está sometido a situaciones que generan estrés. Esta eventualidad ha sido puesta de manifiesto en el meta-análisis realizado por McEachan y cols.<sup>99</sup> y contemplada recientemente por el propio Ajzen<sup>100</sup>, al analizar los diferentes trabajos en los que se ha trabajado con su modelo y concluye que los mismos permiten expandir y enriquecer su conocimiento sobre la conducta social humana. Esta limitación queda resuelta por la teoría de la motivación protectora<sup>91</sup>.

- **Teoría de la motivación protectora:** También denominada *Teoría de la motivación a la protección*, fue establecida por Rogers y cols.<sup>101</sup> e incluye el temor como recurso. Argumentan que los mensajes amenazantes producen un cambio de actitud que motivan a quien escucha a protegerse de los peligros descritos e identifican cuatro maneras de suscitar una motivación a la protección:

1. Gravedad del problema: Si las personas creen que el problema es serio, estarán más motivadas para evitarlo.
2. Susceptibilidad al problema: Si las personas creen que el problema les puede ocurrir, estarán más motivadas para evitarlo.
3. Eficacia del cambio de conducta para evitar el problema: Si las personas creen que mediante la modificación de su conducta reducen en mucho la probabilidad de desarrollar el problema, estarán más motivados a seguir las recomendaciones.
4. Autoeficacia: Si las personas creen que pueden realizar fácilmente las conductas recomendadas, estarán más dispuestas a hacerlo.

Estas percepciones cognoscitivas, más que el temor por sí mismo, determinan el efecto de un mensaje amenazante en la actitud y la conducta<sup>102,103</sup>.

**Gráfico 5. Teoría de la Motivación a la protección de Rogers y cols.**



Tomado de Rogers y cols<sup>101</sup>. Elaboración propia

B) Modelos que ponen el acento en la autorregulación del comportamiento. En estos modelos el elemento central es la autoeficacia percibida de Bandura<sup>104</sup>. Este autor sostiene que la percepción de eficacia personal para llevar a cabo una acción genera expectativas que nos permiten anticipar los resultados esperados, mecanismo a través del cual el organismo regula su propio comportamiento.

Desde esta perspectiva, el principal determinante de los comportamientos relacionados con la salud es esta motivación intrínseca o necesidad subyacente en el individuo de competencia y autodeterminación, que nace de las satisfacciones derivadas de cumplir criterios internos y de una percepción de la eficacia personal obtenida a través del propio rendimiento y de la interacción recíproca con el medio, en la que intervienen mecanismos tales como la persuasión, la comparación social o el modelado.

Los modelos que siguen esta teoría de Bandura son: el modelo del proceso de la adopción de precauciones, el modelo del proceso de acción a favor de la salud y la teoría de la acción social<sup>91</sup>.

**- Modelo del proceso de Adopción de Precauciones:** Este modelo, desarrollado por Weinstein en 1988<sup>105</sup> y aplicado posteriormente por Weinstein y Sandman<sup>106</sup>, fue ideado originalmente para describir y explicar el proceso por el que la gente adopta precauciones frente a un nuevo riesgo, por ejemplo, frente a aquello que se ha aprendido recientemente más que frente a aquello que ya se conoce desde hace algún tiempo. También es aplicable en situaciones donde se dispone de una nueva precaución frente a un riesgo «viejo», como puede ser la introducción de una vacuna.

Tiene muchas similitudes con el *Modelo Transteórico de Cambio*, desarrollado por Prochaska y DiClemente<sup>107</sup> pues, al igual que realizan estos autores, se diferencia claramente entre acción y pensamiento para la acción; sin embargo, también presenta importantes diferencias.

El modelo del Proceso de Adopción de Precauciones propone una secuencia de etapas en el camino de la adquisición de un comportamiento saludable, a partir de la posición cognoscitiva o de la posición conductual en la que se ubique la persona respecto del comportamiento en cuestión. Cognoscitivamente, la posición depende del conocimiento, de las actitudes o de la motivación de la persona frente al comportamiento específico o acción de que se trate. Conductualmente, la posición puede ser de ausencia de práctica, práctica, o mantenimiento de la acción<sup>108</sup>.

Weinstein plantea siete etapas e indica que éstas representan cualitativamente diferentes patrones de conducta, creencias y experiencia y que los factores que producen la transición entre las etapas varían dependiendo de la transición específica que consideremos. El diagrama del gráfico 6 ilustra las etapas y las barreras que les subyacen. En líneas y cuadros continuos se ilustra el

trascurso de las etapas, y en líneas y cuadros punteados se ilustran los procesos psicológicos que anteceden a la etapa.

Si X es un comportamiento preventivo o promotor de la salud cualquiera (ej. uso del preservativo en relaciones sexuales inseguras, o lactancia materna al recién nacido), la secuencia de preguntas y de posiciones cognoscitivo-conductuales que determinan la ubicación en alguna de las etapas del Proceso de Adopción de Precauciones, es la siguiente:

- Conocimiento acerca de la importancia de la acción: se refiere al conocimiento general acerca del valor o de la importancia que puede tener la acción, como un comportamiento de protección. Cuando la persona desconoce o ignora tal importancia se ubica en la etapa más baja de todas, la etapa 1, pues no establece asociaciones entre el comportamiento, de una parte, y la protección, de otra.
- Interés en la práctica de la acción: una persona puede tener un conocimiento general acerca del valor protector de una acción frente a un riesgo, pero no interesarse o no involucrarse cognoscitivamente con la acción; simplemente, puede conocer la importancia de la acción, pero no plantearse siquiera la posibilidad de practicarla. Esa persona se ubica en la etapa 2: No piensa en practicar X. El desinterés puede emanar de las actitudes de la persona ante el riesgo, o ante la acción y éstas están determinadas por las creencias o esquemas cognoscitivos que se tengan en relación con los mismos. Son de gran importancia los esquemas que tenga la persona en relación con la severidad del problema, en relación con su propia susceptibilidad ante el riesgo, y en relación con el potencial de una acción o de un comportamiento específico para conducir a un resultado de protección frente al riesgo o de obtención del producto al que se aspire.

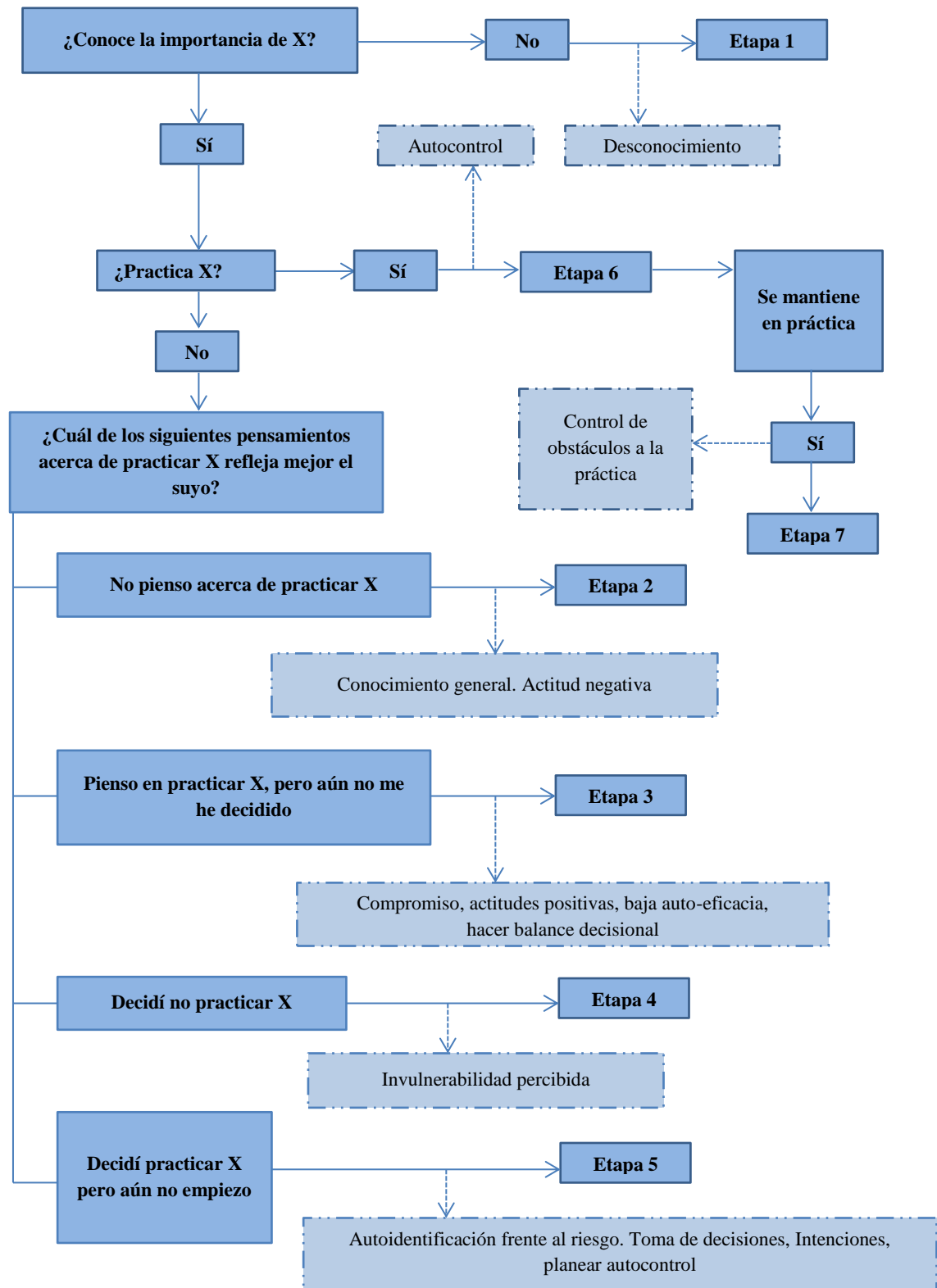
- **Motivación por la acción:** La motivación puede entenderse como la probabilidad de que una persona inicie la práctica de una acción específica y se mantenga en ella. Un primer reflejo de la motivación es el comportamiento verbal de la persona en relación con sus decisiones de involucrarse en la acción. Una persona que se plantea como una posibilidad lejana la práctica de un determinado comportamiento, sin asumir explícitamente una decisión de actuar, se ubica en la etapa 3. Puede tratarse de alguien con buenos conocimientos, buena percepción acerca de la severidad de los riesgos, buena expectativa acerca de los resultados protectores de la acción, pero con pobre percepción acerca de la propia susceptibilidad, con poca confianza acerca de sus propias capacidades para iniciar y mantenerse en la acción, esto es, con bajas expectativas de autoeficacia, así como con alta percepción de los costos implicados por la práctica del comportamiento protector.

- **Decisión de no actuar:** Una situación especial es la de una persona que toma la decisión explícita de no practicar el comportamiento protector, a pesar de poseer un conocimiento aceptable acerca de la severidad del riesgo y del alto potencial del comportamiento para protegerlo del mismo; estas personas se ubican en la etapa 4, que es una etapa relativamente terminal. Al parecer, se trata de casos en los que, más que una alta percepción de costos, opera una baja percepción de vulnerabilidad frente al riesgo, proceso que Weinstein ha denominado «sesgo optimista no-realista». El esquema básico que subyace a este comportamiento es el de una valoración de baja probabilidad de verse afectado por el riesgo, en comparación con la valoración acerca de la probabilidad que tienen otras personas «del promedio» en condiciones similares<sup>109</sup>.

- Planificación del autocontrol: Manifestar la intención de emprender la acción es algo que resulta predictivo de una mayor probabilidad de iniciar la práctica del comportamiento saludable. Sin embargo, una persona puede afirmar que ha tomado ya la decisión de actuar, pero aún no haber empezado a hacerlo; se trata de una persona que se ubica en la etapa 5. La barrera fundamental a superar en este caso es la planificación del autocontrol, entendido como el manejo de las contingencias situacionales que estimulan y refuerzan la práctica del comportamiento saludable de que se trate. Estas contingencias varían del inicio de la acción a su mantenimiento, así como de su mantenimiento a su recuperación en caso de recaídas. La planificación para el afrontamiento de estas contingencias, de manera implícita o explícita, es la condición de autocontrol necesaria para que la persona se ubique en la etapa 6, etapa de acción propiamente dicha, o se mantenga en la etapa 7, etapa de mantenimiento de la acción<sup>108</sup>.



**Gráfico 6. El Proceso de Adopción de Precauciones de Weinstein**



Tomado de Flórez-Alarcón<sup>108</sup>. Elaboración propia

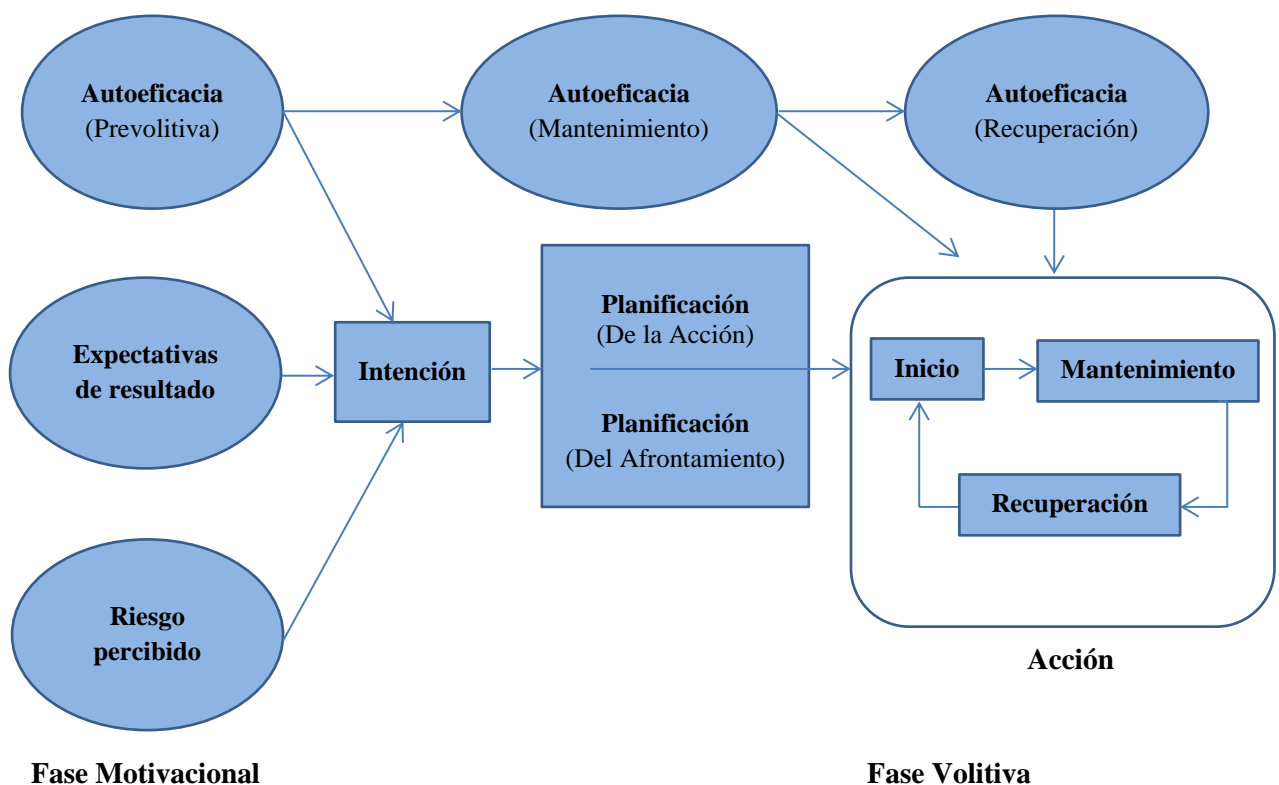
- **Modelo del proceso de acción a favor de la salud:** Un modelo que incluye explícitamente factores postintencionales para resolver el problema de la brecha intención/comportamiento es el Modelo Procesual de Acción en Salud (del inglés, *Health Action Process Approach*, abreviado como «HAPA»), desarrollado por Schwarzer<sup>110</sup> y aplicado ampliamente por diferentes autores a situaciones diversas como la conducta de autoexploración mamaria<sup>111</sup>, alimentación<sup>112</sup>, actividad física y ejercicio<sup>113-115</sup> o la salud bucodental<sup>116</sup> entre otras.

HAPA propone distinguir entre procesos motivacionales preintencionales que conducen a las intenciones comportamentales y procesos volitivos postintencionales que conducen al comportamiento de salud como tal. El modelo HAPA constituye, implícitamente, un modelo en fases en las que pueden surgir diferentes patrones predictivos de variables sociocognitivas (Gráfico 7).

En la fase motivacional inicial, la persona desarrolla la intención de actuar. Aquí, la percepción del riesgo es un antecedente distal (p.ej. «Yo estoy en riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular»). La percepción de riesgo, sin embargo, es insuficiente para desarrollar las intenciones del cambio comportamental, puesto que el riesgo percibido, más bien, introduce al individuo en un proceso de contemplación y elaboración subsecuente de pensamientos sobre las consecuencias y las propias competencias. Similarmente, las expectativas positivas de resultado (p.ej. «Si yo hago ejercicios cinco veces por semana, entonces mi riesgo cardiovascular disminuirá») tienen un valor decisivo en la fase motivacional, cuando la persona analiza los pros y los contras de adoptar un comportamiento. Adicionalmente, uno necesita creer en las propias habilidades para poder adoptar las acciones deseadas (autoeficacia percibida, p.ej. «Yo puedo adherirme a una rutina de ejercicios, aun si me siento tentado a ver TV»). La autoeficacia percibida trabaja en conjunto con las expectativas positivas de resultado, contribuyendo ambas a la formación de intenciones de adoptar comportamientos de salud difíciles de ejecutar (p.ej. hacer ejercicio físico regularmente después de haber sido intervenido quirúrgicamente).

Una vez que una persona ha desarrollado inclinación hacia un comportamiento de salud, las «buenas intenciones» deben transformarse en instrucciones detalladas sobre cómo ejecutar las acciones deseadas. Esto no se logra por el simple hecho de desear algo, sino que exige habilidades y estrategias autorregulatorias especiales. Por lo tanto, la fase postintencional se divide en factores proximales como la autoeficacia percibida en la planificación del comportamiento y la autoeficacia percibida en la recuperación de recaídas. La mayoría de modelos sociocognitivos tradicionales no incluyen estos factores postintencionales de forma explícita, siendo una excepción el modelo de Bandura<sup>101</sup>, quien describe en detalle los procesos preintencionales y postintencionales, si bien no incluye estos últimos en su diagrama conceptual<sup>117</sup>.

**Gráfico 7. Modelo HAPA de Schwarzer**



Tomado de Schwarzer y Gutiérrez-Doña<sup>117</sup>. Elaboración propia.

Bandura<sup>104</sup> afirma que la autoeficacia percibida es un factor relevante en todas las fases o etapas del proceso de cambio en el comportamiento de salud y

no es, necesariamente, el mismo constructo a través de las diferentes fases, puesto que su significado depende del estadio donde se encuentre la persona en el proceso de cambio comportamental. Por ejemplo, una persona podría percibirse muy autoeficaz para mantenerse físicamente activa (alta autoeficacia percibida en las acciones), pero quizás se perciba poco autoeficaz para retomar una rutina regular de ejercicio después de haberla abandonado por un tiempo (baja autoeficacia percibida en la recuperación de recaídas). Por ello, distingue conceptualmente:

- Autoeficacia percibida en las acciones (también llamada «autoeficacia prevolitiva») es la primera fase del proceso, cuando la persona aún no ha actuado pero ya desarrolló la motivación para actuar. Es una creencia optimista, propia de la fase prevolitiva, gracias a la cual los individuos que se perciben muy autoeficaces se imaginan el éxito, anticipan resultados potenciales derivados de diferentes estrategias y son más propensos para iniciar un nuevo comportamiento; en contraposición, individuos que se perciben muy ineficaces se imaginan escenarios de fracaso, alimentan dudas sobre sí mismos y son más propensos a diferirlo. Mientras la autoeficacia percibida en las acciones es funcional en la fase de motivación, los constructos *autoeficacia percibida en el mantenimiento comportamental* y la *autoeficacia percibida en la recuperación de recaídas* son funcionales en las fases volitivas subsecuentes, de ahí que estas dos últimas se puedan acuñar bajo el término «autoeficacia volitiva».
- Autoeficacia percibida en el mantenimiento es la creencia optimista en las propias capacidades de afrontamiento de problemas que emergen durante el periodo de mantenimiento del comportamiento. La adopción de un comportamiento de salud nuevo podría implicar más dificultades de la cuenta para poder sostenerlo, sin embargo,

aquellos que se perciben muy autoeficaces responderán con mejores estrategias, más esfuerzo y persistirán por más tiempo enfrentando los obstáculos. Una vez que se han iniciado las acciones, los individuos con mayor nivel de autoeficacia percibida persistirán más e invertirán más esfuerzo en el mantenimiento del comportamiento nuevo.

- Autoeficacia percibida en la recuperación de recaídas refleja la experiencia de fracasar y poder recuperarse de recaídas en la ejecución de comportamientos de salud. En el caso de las adicciones, por ejemplo, los individuos experimentan recaídas y caen víctimas del «efecto de violación de la abstinencia», por lo cual atribuyen su «fallo» a causas internas, estables y globales, hacen un drama del evento y lo interpretan como fracaso consumado<sup>118</sup>. Sin embargo, las personas que se perciben muy autoeficaces experimentan en menor grado este efecto y atribuyen sus recaídas a factores externos, de alto riesgo y propios del entorno, por lo que generalmente buscan alternativas para controlar los daños, restablecer y recuperar la esperanza. La autoeficacia en la recuperación de recaídas es la propia convicción de poder retomar la ruta trazada, aun después de haberse salido por completo del camino. Es la autoconfianza plena en las propias capacidades para retomar el control de la situación y minimizar los riesgos derivados de la recaída<sup>119</sup>.

La distinción entre diferentes autoeficacias percibidas (fase específica) ha demostrado ser de gran utilidad en varios ámbitos del comportamiento de salud<sup>118</sup>. Se sabe que la autoeficacia percibida en las acciones es el mejor predictor de las intenciones, mientras que la autoeficacia percibida en el mantenimiento es el mejor predictor del comportamiento. Las personas que se han recuperado de una recaída, usan autoideas (autoeficacias) diferentes a las que

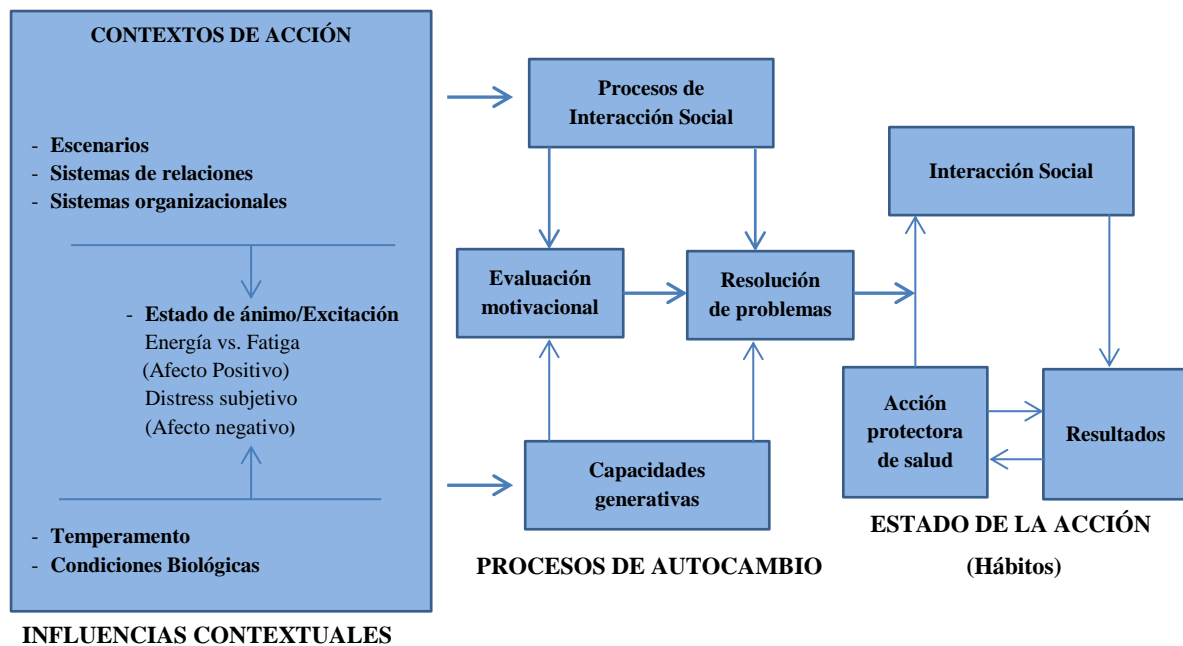
usan los que se han mantenido en la ejecución de un comportamiento a través del tiempo<sup>117</sup>. Por tanto, las expectativas de autoeficacia desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, la eliminación de conductas nocivas y en el mantenimiento de dichos cambios puesto que influyen sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, pero fundamentalmente sobre la cantidad de esfuerzo invertido para lograr la meta propuesta y persistir en la conducta adoptada, a pesar de las barreras que podrían debilitar la motivación.

- **Teoría de la Acción Social:** Desarrollada por Ewart en 1991<sup>120</sup>, define a la persona como un mecanismo autorregulador que intenta activamente alcanzar una serie de objetivos. Estos objetivos personales y las estrategias características de resolución de problemas en el contexto diario generan unos patrones habituales de acción que persisten en el tiempo. La teoría hace un especial énfasis en la importancia de las interacciones sociales y del contexto ambiental en la adopción y el mantenimiento de la conducta. Así, las tres dimensiones que integran su marco teórico definen este mecanismo de autorregulación como una acción-estado deseada, un conjunto de cambios conectados y un subcomponente de sistemas socioambientales más amplios que determina contextualmente cómo operan los mecanismos de cambio personal (Fig. 8).

Las conductas suelen presentar un guión, una tendencia de conducta predecible en la que cada acontecimiento refuerza la conducta ascendente y guía las consecuentes. Este tipo de guiones se asocia a un entorno y a unas situaciones sociales, se convierte en una rutina y resulta muy difícil de cambiar. El cambio conductual no es una cuestión exclusiva de actitudes ni de refuerzos, depende de las expectativas de resultados y de las metas que se proponen las personas. Las expectativas sobre nuestra salud tienen la virtud de funcionar en ocasiones como profecías de cambio, pero este cambio no se producirá hasta que nos sintamos capaces de ejecutar el comportamiento. El contexto influye en nuestras capacidades personales y las relaciones sociales en nuestro establecimiento de metas. Las estructuras organizativas canalizan estas metas de distintos modos.

Las influencias biológicas y sociales se mezclan y generan estados de ánimo, que a su vez reflejan nuestro afecto (positivo o negativo). La activación emocional influye sobre la atención, el tipo de información de la salud que se codifica, el grado en que se procesa activamente y la capacidad para recuperarlo<sup>121,122</sup>.

**Gráfico 8. Teoría de la Acción Social de Ewart**



Tomado de Gil Lacruz<sup>121</sup>. Elaboración propia.

Establece, por tanto, un proceso para la adquisición o el cambio de una conducta en tres fases: una primera en la que se identifican los hábitos de salud, definiéndose el hábito como «una secuencia de anticipaciones, acciones y consecuencias altamente rutinarias, automáticas y predecibles que usualmente generan un resultado deseado». Por ejemplo, el hábito de comer se puede descomponer en una serie de etapas que incluyen la elección y obtención de los alimentos, la preparación de una comida y su consumo; cada una de esas etapas está integrada, a su vez, por una secuencia de actos. Por ejemplo, la obtención de los alimentos implica la realización de una lista para la compra, la identificación de los lugares para su compra y organizar su transporte, seleccionar los alimentos necesarios en el mercado y después almacenar la compra en casa. Las secuencias

de acción habituales son altamente eficientes porque nos permiten hacer dos cosas a la vez. Nuestras rutinas diarias tienen una importante función social; además, las rutinas predecibles compartidas facilitan la vida social pues permiten coordinar nuestras actividades con las de otras personas importantes como los miembros de nuestra familia, los amigos o los compañeros de trabajo, lo que puede tener un importante papel protector al plantear medidas de promoción de la salud, especialmente en poblaciones vulnerables.

La segunda fase articula los procesos de auto-regulación que pueden activarse para establecer los patrones de acción, o hábitos, especificados en la primera fase. La teoría de la acción social ofrece un modelo sintético de mecanismos reguladores en forma de *respuesta proactiva* (atención, evaluación, construcción afectivo-cognitiva) y *engranaje social* (orientación interpersonal, articulación, control) que permite a la gente adquirir y mantener los hábitos deseados.

La tercera fase identifica las fuentes reguladoras críticas que son necesarias para sustentar el proceso de auto-cambio, activado en la fase dos. Esta teoría ofrece un análisis contextualizado que enfatiza la importancia de la *competencia socio-emocional* (dominio de los valores, medios y propiedades de su medio social), objetivos *activos* (acceso a los bienes, información, servicios), y *poder social* (relaciones que permiten a uno influenciar en otros de la manera deseada). Estas tres clases de fuentes representan una arquitectura contextual, o ecológica, de las acciones promotoras de la salud<sup>122</sup>.

Actualmente, en la práctica, se ha optado por un cierto eclecticismo, al considerarse que tanto para la identificación de conductas saludables como de riesgo, y en el planteamiento de las acciones de promoción de la salud y preventivas, han de tenerse en cuenta elementos que están explicitados en los modelos y teorías anteriores, trabajándose desde una perspectiva integradora.



Esta premisa está especialmente desarrollada en el campo de la enfermería y el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender es su máximo exponente.

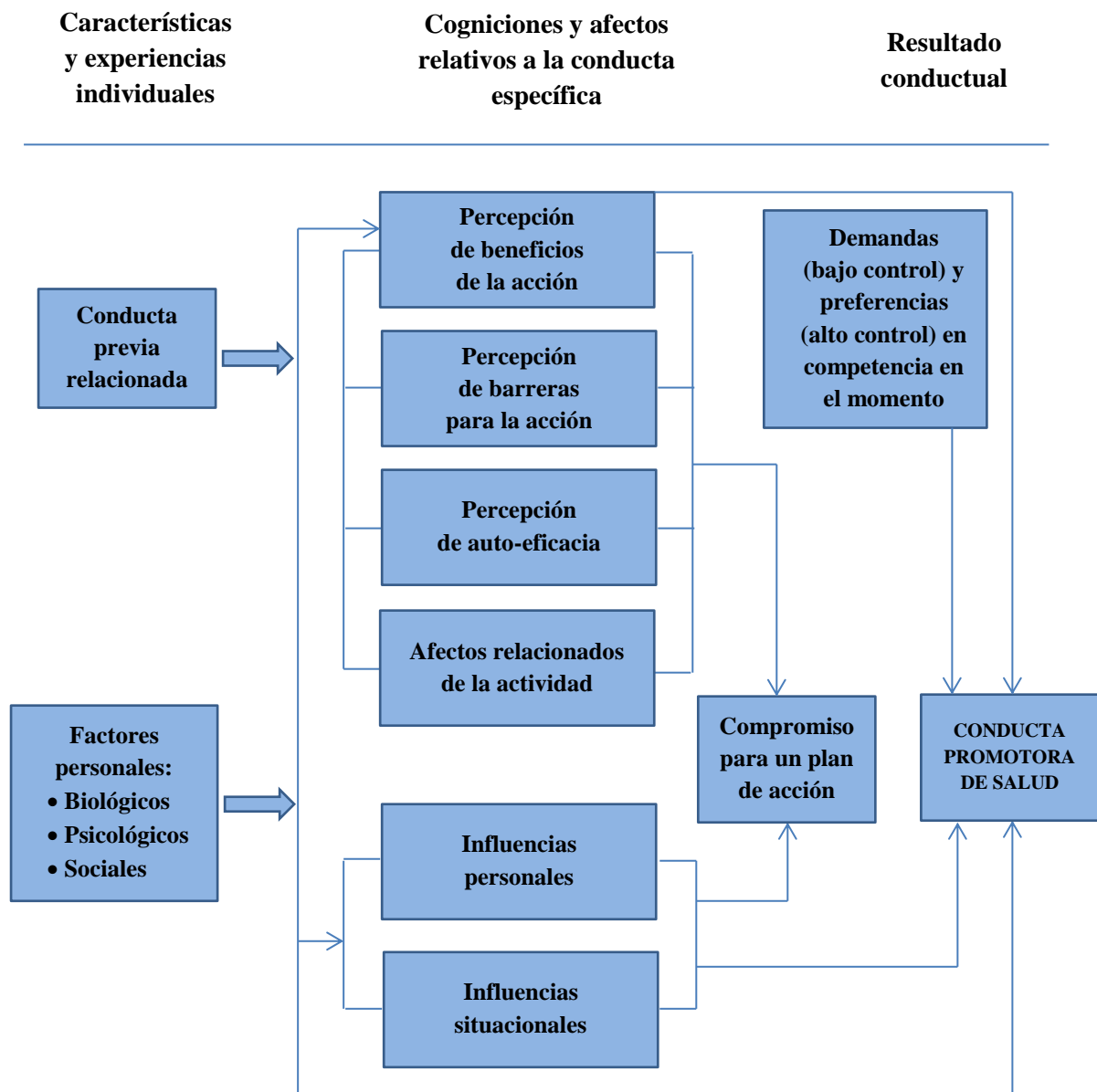
- **Modelo de Promoción de la Salud:** En 1975, Pender publicó *A conceptual model for preventive health behavior*<sup>123</sup>, que constituyó una base para estudiar el modo en que las personas toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. La idea cardinal que guía su pensamiento es que «hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro» y expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano.

Como en otros modelos y teorías enfermeros, se establecen los cuatro metaparadigmas fundamentales: *Salud*, entendiéndose que es un estado altamente positivo y que su definición es más importante que cualquier otro enunciado; *persona*, considerando que cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables; *entorno*, aunque no se define exactamente sí se representan las interacciones entre los factores cognitivo-perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud y *enfermería*, considerando que la responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales cuidados y que la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal<sup>124</sup>.

El modelo, que en realidad se considera una teoría enfermera, se basa principalmente en las teorías de la acción planificada y de la acción razonada de Fishbein y Ajzen y de la autoeficacia de Bandura. Tiene una construcción similar a la del modelo de creencias en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud, identificando en el individuo factores

cognitivo-perceptuales, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción. Todo ello se expresa en el siguiente diagrama:

**Gráfico 9. Modelo de Promoción de la Salud de Pender**



Tomado de Aristizábal y cols.<sup>125</sup>. Elaboración propia.

En este esquema se pueden ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales. El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta.

Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende seis conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer concepto es la autoeficacia percibida, éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, como ya se ha comentado anteriormente; conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirla; finalmente, el

último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo. En síntesis, el Modelo de Promoción de la Salud plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva<sup>120,125</sup>.

Este modelo ha tenido igualmente una amplia repercusión en el campo de la sociología y la educación, para intentar explicar las conductas relacionadas con la salud en diferentes etapas evolutivas, especialmente en la adolescencia, aunque puede ser aplicado a todas las poblaciones y, si bien tiene similitud con otros modelos, es el único que no cuenta con el miedo o las prohibiciones como motivadores para hacer efectiva la promoción de la salud<sup>126</sup>. No obstante, el modelo no especifica vías para asegurar que la persona se muestre dispuesta a efectuar un cambio de conducta, pero otros autores han desarrollado diversos instrumentos para ello basados en este modelo<sup>126,127</sup>. Además, continúa siendo perfeccionado y ampliado por su autora, y se ha convertido en el mejor modelo que permite a la enfermera ampliar su rol desde la prevención de la enfermedad a la promoción de la salud y, al mismo tiempo, le permite conocer las fuentes,

potenciales y capacidades de los pacientes, permitiendo que enfermera y paciente puedan trabajar juntos para conseguir una mejor calidad de vida<sup>126</sup>. Este cambio de punto de interés hacia la promoción de la salud es esencial, puesto que Pender ha identificado la promoción de la salud como el objetivo del siglo XXI, del mismo modo que la prevención de las enfermedades lo fue del siglo XX<sup>128</sup>.

En general, en todos los modelos y teorías anteriores subyacen una serie de características que nos permiten identificar un estilo de vida saludable y que fueron identificadas por Elliot<sup>129</sup>:

- a) Posee una naturaleza conductual y observable. En este sentido, las actitudes, los valores y las motivaciones no forman parte del mismo, aunque sí pueden ser sus determinantes.
- b) Las conductas que lo conforman deben mantenerse durante un tiempo. Conceptualmente, el estilo de vida denota hábitos que poseen alguna continuidad temporal, dado que supone un modo de vida habitual. Así, por ejemplo, el haber probado alguna vez el tabaco no es representativo de un estilo de vida de riesgo para la salud. Por la misma regla, si un comportamiento se ha abandonado ya no forma parte del estilo de vida.
- c) El estilo de vida denota combinaciones de conductas que ocurren consistentemente. De hecho, se considera al estilo de vida como un modo de vida que abarca un amplio rango de conductas organizadas de una forma coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales de cada persona o grupo.
- d) El concepto de estilo de vida no implica una etiología común para todas las conductas que forman parte del mismo, pero sí se espera que las distintas conductas tengan algunas causas en común.

Y todos esos modelos tienen un elemento que les aporta un valor añadido y es que se inscriben en el paradigma salutogénico de Antonovsky<sup>130</sup> que surge como oposición al patogénico clásico, centrado en las causas de la enfermedad, y que ha servido de base para el desarrollo de la nueva salud pública y de la promoción de la salud, al centrar su interés en la salud y en los determinantes que la condicionan<sup>56</sup>. Se basa en tres asunciones fundamentales:

1. El énfasis se hace sobre los orígenes de la salud y el bienestar.
2. La principal preocupación se centra en el mantenimiento y realce del bienestar, y
3. Los factores estresantes pueden tener consecuencias saludables o beneficiosas, dependiendo de sus características y de la capacidad de las personas para resolverlos.

Los conceptos fundamentales que Antonovsky desarrolla son los *Recursos Generales de Resistencia* (RGRs) y el *Sentido de Coherencia* (SOC). Los RGRs son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Los típicos RGRs son el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida. Si una persona tiene este tipo de recursos a su disposición o en su entorno inmediato tiene más oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida. Estos recursos ayudan a las personas a construir experiencias coherentes en la vida. Sin embargo, más allá de poseerlos, lo importante es tener la capacidad para utilizarlos, es decir, poseer sentido de coherencia, convirtiéndose dicho concepto en la clave de su teoría. Según el autor, el SOC estaría compuesto por tres componentes clave: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y la significatividad (componente motivacional). Es decir, por un lado la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo; por otro, mostrarse capaz de manejarla y,

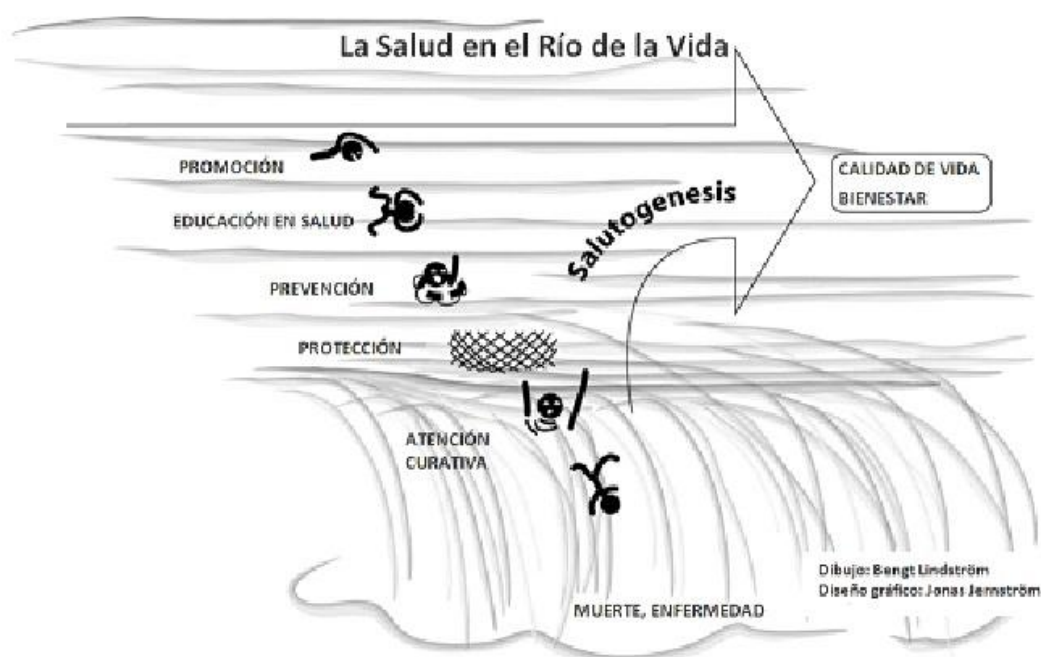
finalmente, sentir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar<sup>56,131</sup>.

Una de las críticas que recibió el modelo estuvo relacionada con la no inclusión de un componente afectivo dentro de este paradigma integrador, estando sobrerrepresentado el aspecto racional o cognitivo. Aunque Antonovsky fue consciente de este problema decidió no extender la teoría para incluir ese cuarto componente. No obstante, un uso óptimo de los RGRs da lugar a que las experiencias vitales se conviertan en promotoras de un nivel alto de SOC, una forma de percibir la vida y una capacidad para gestionar exitosamente el infinito número de complejos factores estresantes a los que hay que hacer frente a lo largo de la vida; es decir, el SOC es la capacidad para percibir que se es capaz de manejar cualquier situación independientemente de lo que está sucediendo en la vida<sup>131</sup>.

Para Lindström y Eriksson<sup>132</sup>, el paradigma salutogénico es una buena base de fundamentación por tres razones principales: en primer lugar, porque el foco se coloca en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones; en segundo lugar, porque identifica RGRs que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva; y, en tercer lugar, porque identifica un sentido o discernimiento global y omnipresente en los individuos, grupos, poblaciones o sistemas, cuya capacidad se plasma en el SOC.

Antonovsky hace uso de una metáfora: «el río de la vida», un río que da lugar a arroyos con aguas tranquilas o bien a peligrosas corrientes y remolinos, que ha plasmado de forma gráfica Linström (Fig. 10)<sup>133</sup>. El objetivo no se centraría en salvar a las personas que se encuentren en ese río (que es lo que se haría desde un enfoque patogénico), sino en conseguir que naden bien, para no ser arrastrados por la corriente, o lo que es lo mismo, capacitarlos para que puedan desarrollar conductas saludables.

**Gráfico 10. Interpretación gráfica del Modelo Salutogénico**



Tomado de Rivera y cols.<sup>131</sup>

Por todo ello, es fundamental que los profesionales sanitarios, pero muy especialmente las enfermeras, valoren los estilos de vida de las personas que atienden, a fin de identificar las conductas saludables y potenciarlas - puesto que constituirán un recurso muy valioso a la hora de establecer los planes de cuidado de las mismas, así como de las familias y otros grupos de la comunidad a su cargo - y detectar las posibles conductas de riesgo, e igualmente conozcan los modelos que las explican, para capacitarles y ayudarles en su proceso de cambio hacia el desarrollo de conductas promotoras de salud.



### **III. OBJETIVOS**



### OBJETIVO GENERAL.-

Conocer las conductas de salud de la población autóctona adulta de 25 a 44 años de la ciudad de Sevilla.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-

- Describir las características sociodemográficas de la población autóctona adulta de 25 a 44 años de la ciudad de Sevilla.

- Estimar la frecuencia de las conductas de salud de la población autóctona adulta de 25 a 44 años de la ciudad de Sevilla.

- Explorar la relación existente entre las características sociodemográficas y la frecuencia de las conductas de salud de la población autóctona adulta de 25 a 44 años de la ciudad de Sevilla.

- Estimar la frecuencia de realización de las principales actuaciones preventivas en la población autóctona de 25 a 44 años de la ciudad de Sevilla.

- Identificar las variables predictoras del nivel de salud percibido por la población autóctona adulta de 25 a 44 años de la ciudad de Sevilla.



## **IV. METODOLOGÍA**



#### **IV. 1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Se ha realizado una búsqueda polietápica en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud y las ciencias sociales. Antes de iniciar el estudio, a fin de plantear nuestro problema de investigación para la presentación del proyecto de Tesis, efectuamos una búsqueda general sobre la producción científica de los últimos diez años, empleando los términos «Promoción de la salud», «Conductas de salud», «Estilos de vida», «Estilos de vida saludable», «Health promotion», «Healthy behaviors», «Lifestyle» y «Healthy lifestyles». El ingente número de referencias encontradas en «PubMed», «Psycinfo» «SCOPUS» y «CINAHL», superando las 6.000 cuando utilizamos el último de los términos y llegando casi a las 300.000 cuando indagamos sobre «Healthy behaviors», nos obligó a realizar un primer cribado de los títulos encontrados, analizando las primeras 500 páginas de cada búsqueda, al objeto de restringir más y centrar el tema de investigación. Observamos que:

- Muchos de los trabajos, a pesar de incluir frecuentemente «Promoción de la salud» entre las palabras clave, no podrían ser tenidos en cuenta, al tratar sobre temas específicos de inmunología, bioquímica, neuropsiquiatría, avances diagnósticos o terapéuticos relacionados con problemas de salud específicos...
- La mayoría se referían a la edad escolar, la adolescencia y las personas mayores.
- Existía un número importante de publicaciones centradas fundamentalmente en población inmigrante.
- Son escasas las investigaciones realizadas en nuestro país y la mayoría de ellas están efectuadas en las poblaciones anteriores.
- Apenas existen trabajos desde la disciplina enfermera.

Por estas razones, efectuamos una segunda búsqueda incluyendo el término «adultos»; aun así seguían apareciendo un número de referencias que excedía de varios miles en algunos de los descriptores y continuaban apareciendo

artículos que no se relacionaban directamente con las conductas o los estilos de vida saludables. Por ello, realizamos una tercera exploración centrándonos en conductas de salud y estilos de vida de los adultos jóvenes, apareciendo un número de referencias ya más manejable, que resumimos a continuación:

- Pub Med:

a) Con «Healthy behaviors» AND «young adults» (excluyendo el resto de etapas vitales) como término de búsqueda el número de referencias era de 1.310.

b) Con «Healthy lifestyles» AND «young adults» (excluyendo igualmente el resto de etapas del ciclo vital) se encontraron 90 trabajos.

- SCOPUS: 2.958 y 1.427 referencias respectivamente. Cuando se emplean los mismos criterios, en español, sólo aparece 1 artículo.

- Índice Médico Español: Ningún resultado.

- CINAHL: 5 y 4 trabajos respectivamente.

- Ovid MEDLINE: 5 y 8 resultados.

- La Biblioteca Cochrane Plus: 15 referencias.

- CUIDEN plus: Ningún resultado.

- PsycInfo: 663 y 107 resultados.

- PsycCRITIQUES: Ningún resultado.

- ISOC Psicología: Ningún resultado.

Una vez eliminados aquellos títulos en los que no se apreciara relación con el tema de investigación y los duplicados, quedaron sensiblemente reducidos.

No se ha encontrado ningún trabajo que explore las conductas de salud de la población autóctona de la ciudad de Sevilla, por lo que consideramos se mantiene la pertenencia de este trabajo.



Por último, una vez iniciamos la redacción de esta Tesis se llevó a cabo una última búsqueda para localizar los trabajos editados en los últimos años, que completaran los distintos apartados de la misma y actualizaran los resultados con los que contrastamos los obtenidos en nuestro estudio. Igualmente, se localizaron aquellos trabajos referidos a citas secundarias que, por no cumplir alguno de los criterios de inclusión (mayoritariamente el año de publicación), no habían aparecido en la misma y se consideraron interesantes.

## **IV. 2. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se ha recurrido a una metodología cuantitativa, encaminada a organizar, presentar y sintetizar la información, de manera que permita efectuar comparaciones con trabajos efectuados en otros contextos. Para la caracterización del diseño de nuestro estudio nos basamos en las clasificaciones realizadas por Argimón y Jiménez<sup>134</sup>. Desde esta perspectiva, en función de la finalidad, se trata de un estudio *descriptivo*, puesto que sus datos son utilizados con finalidades puramente descriptivas. En relación a la secuencia temporal es de corte *transversal*, puesto que los datos de cada sujeto representan esencialmente un momento del tiempo. En cuanto al objetivo, es un estudio *de prevalencia*, ya que tiene como finalidad principal la estimación de prevalencia de una enfermedad o característica en una población. Y por último, según el control de la asignación de los factores de estudio, es *observacional* ya que el investigador se limita a observar, medir y analizar determinadas variables en los sujetos de estudio sin establecer ni ejercer ningún control sobre ellas.

#### IV. 3. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN Y VARIABLES

Como ya ha quedado de manifiesto en otro apartado, el estilo de vida es un concepto que abarca un amplio espectro de dimensiones (dieta, sexualidad, tiempo de ocio, actividad física, consumo de drogas, manejo del estrés, medidas de seguridad etc.) y, según la revisión bibliográfica realizada, cada una de estas dimensiones puede ser muy variada e incluir distintos tipos de conductas. Por esta misma razón, un tema que siempre resulta polémico es su evaluación y entre las principales limitaciones se pueden señalar la carencia de instrumentos de medición, las características de los mismos o su restricción a alguna dimensión concreta del estilo de vida, tal y como señalan otros autores<sup>53,135</sup>.

Existen algunos instrumentos, publicados en español, que analizan el estilo de vida general. Uno de ellos, el denominado «Perfil del estilo de vida promotor de la salud para hispanos» (Spanish-Language Health-Promoting Life Style Profile -HPLP- Hispanics), tiene seis dimensiones: Nutrición, Actividad física (ejercicio), Responsabilidad con la salud, Manejo del estrés, Relaciones interpersonales (apoyo interpersonal) y Crecimiento espiritual (autoactualización)<sup>136,137</sup>. Otro instrumento es el «Cuestionario de prácticas y creencias relacionadas con estilos de vida y la Encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida», que evalúa Condición, Actividad física y deporte, Recreación y manejo del tiempo libre, Autocuidado y cuidado médico, Hábitos alimenticios, Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y Sueño<sup>138</sup>.

Por otra parte, al realizar la revisión de los instrumentos de habla inglesa, se encontraron: el «*Life Style Assessment Questionnaire*», que mide conductas como fumar, hacer ejercicio, manejar el estrés, nutrición y conocimiento de sus propias medidas físicas (p.ej. pliegue cutáneo, presión sanguínea y colesterol)<sup>139</sup>; el «*Life Style Assessment Questionnaire*», que evalúa el consumo de alcohol, tabaco, medicamentos, cafeína y «drogas no médicas» (aunque de éste no se conocen sus propiedades psicométricas)<sup>140</sup>; y el «*Health-Promoting Life Style*

*Profile II, HPLP-II»* que incluye las dimensiones mencionadas anteriormente en la versión en español<sup>141</sup>.

Todos estos cuestionarios, a excepción del indicado, tienen un alto nivel de fiabilidad, pero incluyen únicamente un número limitado de conductas de salud y conductas de riesgo y algunos de ellos han sido desarrollados fundamentalmente para la detección de hábitos de vida de adolescentes, no habiéndose adaptado a otras etapas vitales ni a población latina.

En España, de manera periódica se realiza la Encuesta Nacional de Salud, en la que se emplean cuestionarios muy exhaustivos, en los que se incluyen ítems que exploran otras variables relacionadas con la salud que no se pueden considerar conductas de salud o de riesgo<sup>142</sup>. Además, algunas comunidades como la de Madrid, concretamente la Dirección General de Atención Primaria, utiliza el cuestionario del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles, del que existen dos versiones, una para adultos (SIVFRENT-A) y otra para jóvenes (SIVFRENT-J)<sup>143</sup>. Este cuestionario comparte ítems con el *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) desarrollado por los *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) de Estados Unidos, del que existe una versión española<sup>144, 145</sup>.

En un intento de contar con un cuestionario que permitiera explorar las conductas de salud de la población adulta, el grupo de investigación al que pertenezco ha desarrollado un instrumento que aúna dimensiones principalmente de los dos anteriores (SIVFRENT-A y BRFSS), adaptándolas a nuestro contexto, y que ya ha sido validado en diferentes grupos de población inmigrante en nuestra ciudad, demostrando también una buena fiabilidad<sup>51, 53</sup>, que es el que se ha aplicado, tras su pilotaje, a la población autóctona (ANEXO I).

El cuestionario está estructurado en tres partes: datos sociodemográficos, conductas generales de salud y conductas relacionadas con accidentes y enfermedades prevalentes. En la primera de ellas se encuentran las siguientes variables:

- Sexo: Naturaleza: Cualitativa dicotómica. Escala de medición: Nominal.  
Valores: Hombre, Mujer.

- Edad: Naturaleza: Cuantitativa continua. Escala de medición: Numérica.

- Estado civil: Naturaleza: Cualitativa. Escala de medición: Policotómica.  
Valores: Soltero/a, Casado/a, Viudo/a, Separado/a, Divorciado/a.

- Lugar de residencia: Naturaleza: Cualitativa policotómica. Escala de medición: Nominal. Valores: 1. Distrito Casco Antiguo, 2. Distrito Macarena, 3. Nervión, 4. Distrito Cerro-Amate, 5. Distrito Sur, 6. Distrito Triana, 7. Macarena Norte, 8. Distrito San Pablo - Santa Justa, 9. Distrito Este, 10. Distrito Bellavista-La Palmera, 11. Distrito Los Remedios.

- Nivel de estudios: Naturaleza: Cualitativa. Escala de medición: Nominal.  
Valores: 1. Sin estudios. 2. Estudios Primarios/Graduado escolar. 3. Estudios secundarios/Bachillerato elemental/FP/Ciclo formativo básico. 4. Estudios superiores/Bachillerato superior/COU/Ciclo formativo superior. 5. Estudios universitarios medios (Diplomatura). 6. Estudios universitarios superiores (Licenciatura/Doctorado).

- Ocupación laboral: Naturaleza: Cualitativa policotómica. Escala de medición: Nominal. Valores: 1. Parado/a. Pensionista. 3. Ama de casa. 5. Trabaja actualmente

Para este trabajo se han excluido tres variables que aparecían en el cuestionario dirigido a población inmigrante: Lugar de nacimiento, Tiempo que lleva residiendo en España y Tiempo que lleva residiendo en Sevilla.

La medición global de las conductas de salud, al igual que las relacionadas con accidentes y problemas de salud prevalentes es fruto de la consideración de los diferentes ítems para cada una de las dimensiones que componen el cuestionario elaborado. (Tabla 1).

Dado que son múltiples las variables y que de cada una de ellas emanan a su vez otro conjunto de variables específicas de cada subapartado, referidas a cantidad, frecuencia, tipos, medidas de protección etc., se van a expresar aquí en conjunto (en detalle, aparecen en el ANEXO II).

Serán de varios tipos:

a) Variables Cualitativas, con escalas de medición tanto ordinal como nominal y, en este caso, los valores dependerán de cada una de ellas; en general, serán dicotómicas (los valores serán: Sí y No) o policotómicas (los valores estarán en relación con cada una de las variables principales).

b) Variables Cuantitativas: Escala de medición: Numérica

**Tabla 1. Dimensiones del instrumento de medida**

<b>PARTES DEL CUESTIONARIO</b>	<b>ASPECTOS A VALORAR</b>	<b>ITEMS Y DIMENSIONES</b>
<b>Primera Parte</b>	<b>Datos Sociodemográficos</b>	<b>ítems (mencionados anteriormente)</b>
<b>Segunda Parte</b>	<b>Conductas Generales de Salud</b>	<b>Dimensiones (Vivienda, Salud percibida, Calidad de vida, Acceso servicios sanitarios, Cuidados a otra persona, Sueño, Actividad física<sup>1</sup> y Ejercicio físico<sup>2</sup>, Alimentación, Dietas, Alcohol<sup>3</sup>, Tabaco, Prácticas sexuales y Vacunas)</b>
<b>Tercera Parte</b>	<b>Conductas relacionadas con Accidentes y Problemas de salud Prevalentes</b>	<b>Dimensiones (Diabetes, Hipertensión, Colesterol, Salud de la mujer, Detección de Cáncer de próstata, Seguridad Vial, Enfermedad mental, Discapacidad y Apoyo emocional).</b>

<sup>1</sup> Cualquier movimiento corporal realizado con los músculos esqueléticos que conlleva un gasto de energía.

<sup>2</sup> Conjunto de movimientos corporales que se realizan para mantener o mejorar la forma física en momentos de ocio o de tiempo libre, es decir, fuera del trabajo o actividad laboral

<sup>3</sup> Dentro de esta variable se encuentran insertas cuatro preguntas que conforman el cuestionario Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (CAGE) para conocer problemas graves en el consumo de alcohol, que se suelen “camuflar” en cuestionarios mayores como éste.

#### IV. 4. UNIVERSO POBLACIONAL Y MUESTRA

Como se ha indicado, este estudio se centra en la población adulta joven que, si bien no existe unanimidad a la hora de establecer el rango de edad que comprende, para determinados autores y entidades va desde los 25 a los 44 años<sup>146-148</sup>. La población de 25 a 44 años de la ciudad de Sevilla, según los datos aportados por el Padrón Municipal de Habitantes del Ayuntamiento<sup>149</sup> con que contábamos al inicio del estudio, está constituida por: 210.812 personas; los hombres constituyen el 49,99% (105.394) y las mujeres el 50,01% (105.418). En el mismo, los datos aparecen clasificados en unidades geográficas, fruto de la agrupación de varias secciones censales, denominadas Distritos; en la capital existen 11, pudiéndose apreciar sus mapas en el Anexo III.

**Tabla 2. Distribución de la población autóctona de 25 a 44 años según sexo y distrito de residencia**

Distrito	Sexo				Total	Porcentaje por distrito
	Hombres	%	Mujeres	%		
1	9.053	50,34	8.932	49,66	17.985	8,53%
2	10.749	50,58	10.501	49,42	21.250	10,08%
3	7.074	48,40	7.541	51,60	14.615	6,93%
4	13.821	51,10	13.225	48,90	27.046	12,83%
5	11.024	50,43	10.834	49,57	21.858	10,37%
6	7.157	49,37	7.340	50,63	14.497	6,87%
7	11.769	50,08	11.732	49,92	23.501	11,15%
8	9.479	50,98	9.114	49,02	18.593	8,82%
9	16.324	49,07	16.944	50,93	33.268	15,78%
10	5.576	49,53	5.681	50,47	11.257	5,34%
11	3.368	48,52	3.574	51,48	6.942	3,30%
Total	105.394	49,99	105.418	50,01	210.812	100,0%

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. 2009 Servicio de Estadística. Ayuntamiento de Sevilla<sup>149</sup>. Elaboración Propia

El cálculo del tamaño muestral se ha realizado mediante la aplicación Statcalc del programa EpiInfo Versión 6.04 de los CDC de Estados Unidos, que emplea la fórmula<sup>150</sup>:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

Donde:  $k$  es 1,96 (nivel de confianza 95%),  $p$  y  $q$  ( $p$ : es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio,  $q$ : es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es  $1-p$ ) ambos son 0,5 puesto que no existen investigaciones al respecto y no podemos presuponer ningún valor de referencia.  $N$  es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados) es 210.809 y  $e$  es el error muestral deseado 0,05 (5%).

Como resultado, la muestra mínima sería de 383 personas. No obstante, se ha tenido en cuenta una posible mortalidad experimental, en el sentido de que hubiera personas que no respondieran a algunas preguntas del cuestionario o bien que hubiera que desechar el cuestionario por cualquier otra circunstancia, a fin de minimizar el impacto sobre los resultados de estos posibles valores perdidos, por lo que el número total de integrantes de personas entrevistadas fue de 419, quedando finalmente constituida la muestra por 409 personas, tras eliminar aquellos cuestionarios que presentaban problemas, debido al elevado número de preguntas sin contestar o en los que se identificaron evidentes contradicciones en las respuestas.

## IV. 5. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

### IV. 5. 1. Diseño de muestreo

Se ha llevado a cabo un muestreo *probabilístico aleatorio estratificado y proporcional*, dado que todas las personas tienen una probabilidad conocida, distinta de 0, de ser incluidas en la muestra, manteniendo ésta la misma



distribución porcentual que la población de referencia en lo que respecta a diferentes variables<sup>151</sup>, en este caso sexo y distrito de residencia, como se apreciaba en la siguiente tabla.

**Tabla 3. Distribución de la muestra (25-44 años) según sexo y distrito de residencia**

Distrito	Sexo				Total	Porcentaje por distrito
	Hombres	%	Mujeres	%		
1	18	50	18	50	36	8,59%
2	21	50	21	50	42	10,02%
3	14	48	15	52	29	6,92%
4	27	51	26	49	53	12,65%
5	22	50	22	50	44	10,50%
6	14	48	15	52	29	6,92%
7	23	50	23	50	46	11,00%
8	19	51	18	49	37	8,83%
9	33	49	34	51	67	15,98%
10	11	50	11	50	22	5,25%
11	7	50	7	50	14	3,34%
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>50</b>	<b>210</b>	<b>50</b>	<b>419</b>	<b>100,0%</b>

#### IV. 5. 2. Criterios de selección

Fue incluida en el estudio, cualquier persona que manifestara su disposición para ello, siempre que fuese natural de Sevilla, residente en alguno de los barrios oficiales o secciones censales, tuviese una edad comprendida entre 25 y 44 años, estuviese capacitado para comunicarse y entender los requerimientos del estudio y hubiesen dado su consentimiento, firmando el documento redactado a tal efecto.

Los criterios que se consideraron suficientes para excluir a las personas del estudio fueron: el padecimiento de una enfermedad mental que les impidiera comprender el motivo y fin del estudio o bien que simplemente hubieran rehusado firmar el consentimiento informado (ANEXO IV).

## **IV. 6. PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La captación de la muestra se realizó de manera aleatoria en los barrios oficiales de cada distrito por la calle. Se informaba detalladamente del objetivo del estudio y de la importancia de la participación de su colectivo, se destacaba que este estudio era anónimo y de carácter confidencial en la recogida y manejo de datos.

Una vez que la persona aceptaba a participar en el estudio, se le hacía entrega del consentimiento informado, que explicaba la naturaleza de la investigación, sus objetivos, la ausencia de riesgos en la participación y los investigadores de contacto para cualquier consulta. Si, al finalizar su lectura, la persona aceptaba la participación en el estudio, se le solicitaba que firmara el consentimiento informado. A todos los integrantes de la muestra se les realizó una entrevista, utilizando el cuestionario diseñado a tal efecto, que describimos anteriormente.

En un primer momento, se realizó una prueba piloto (efectuado sobre 40 personas) a efectos de la validación del cuestionario, manteniéndose las características que ya se habían demostrado en estudios anteriores<sup>51,53</sup>.

La recogida de información se llevó a cabo durante los meses de enero a mayo de 2012.

### **IV. 6. 1. Aspectos éticos**

Para la realización de este estudio se han seguido los principios éticos que recoge la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1975 (actualización de 2008)<sup>152</sup>. Para ello, y como ya se ha indicado, se redactó y solicitó el consentimiento informado escrito y, en lo relativo a la información sociodemográfica, a fin de proteger el honor, el anonimato, la confidencialidad y la intimidad personal, que exige la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal<sup>153</sup>, se han numerado los cuestionarios.

Además, el proyecto de investigación en el que se enmarca este trabajo, fue avalado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad de Sevilla, considerando que sigue los principios éticos generales para estudios con sujetos humanos en España y la Unión Europea (ANEXO V).

## **IV.7. ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Obtenida la información, se elaboró una matriz de datos rectangular<sup>154</sup>, que contiene tantas filas como individuos y tantas columnas como variables, en nuestro caso, 409 y 293 respectivamente, utilizando el paquete estadístico *IBM SPSS Statistics V.22.0* para Windows.

### **IV.7.1. Análisis exploratorio de datos**

En primer lugar se realizó una exploración de los datos, generando estadísticos de resumen y representaciones gráficas para todos los casos, así como para grupos de casos. Este procedimiento se utilizó para identificar valores atípicos y caracterizar diferencias entre subpoblaciones (grupos de casos: edad, sexo, autopercepción del estado de salud,...), e identificar la existencia de valores inusuales o extremos en las observaciones.

### **IV.7.2. Análisis descriptivo**

Para el análisis de las variables de tipo cualitativo (sexo, estado civil, lugar de residencia, nivel de estudios, ocupación laboral...) se han realizado tablas de distribución de frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas (edad, peso, talla, IMC, horas de sueño...) se han calculado medidas de centralización y de dispersión. En aquellas variables cuya distribución se presentaba simétrica se ha calculado la media y la desviación típica y, en aquellas que presentaban asimetría, la mediana y el recorrido intercuartílico ( $P_{25}$  y  $P_{75}$ ). Estas medidas se han determinado globalmente y para grupos de casos. Se obtuvieron estimadores puntuales e intervalos de confianza al 95% para promedios y porcentajes. La descripción de la muestra se completa con distintas representaciones gráficas, según el tipo de información (numérica/no numérica).

Las prevalencias de las conductas se han obtenido del cociente entre el número de personas que afirman tener una determinada conducta de salud y el número de personas participantes, estratificándose esta proporción por sexo y edad.

#### **IV.7.3. Análisis Inferencial Bivariante**

Para valorar la relación entre dos variables de tipo cualitativo, se han realizado tablas de contingencias y se ha aplicado el test de la Ji-cuadrado, Ji-cuadrado con corrección de continuidad o test exacto de Fisher (para tablas 2x2 poco pobladas), según criterios. Los resultados significativos de estas pruebas de hipótesis se complementan con intervalos de confianza al 95% para diferencias de proporciones.

Para analizar la relación entre una variable cualitativa dicotómica (sexo, trabajo remunerado, vivienda propia, etc.) y una cuantitativa (edad, horas de sueño, días con excelente estado de salud, etc.) se ha realizado el test de la t de Student, una vez validados los requisitos de aleatoriedad, independencia, normalidad e igualdad de varianza. En el caso de no cumplirse el requisito de igualdad de varianza (test de Levene) se ha realizado la t de Student con la corrección de Welch. Caso de no cumplirse el requisito de normalidad (prueba de Shapiro-Wilks) se ha realizado la prueba U de Mann-Whitney. En el caso de detectarse diferencias significativas, se han determinado intervalos de confianza para diferencias de medias al 95% para cuantificar dichas diferencias.

Para la comparación de variables numéricas entre más de dos grupos (variable cualitativa policotómica), una vez comprobados los supuestos de aleatoriedad, independencia de las observaciones, normalidad de las distribuciones y homocedasticidad se ha realizado la prueba ANOVA (análisis de la varianza). Caso de no cumplirse el requisito de igualdad de varianzas, ANOVA con la corrección de Welch. De no verificarse la normalidad de las distribuciones, la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. En caso de encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes

subgrupos comparados se han efectuado pruebas de comparaciones múltiples “a posteriori” (prueba de Bonferroni o U de Mann-Withney, según criterios de aplicación) con el nivel de significación corregido.

#### **IV.7.4. Análisis de regresión logística**

Para valorar la relación de una variable dependiente dicotómica (estado de salud percibida: bueno/muy bueno/excelente frente a regular, malo) y un conjunto de hipotéticas variables predictoras (el sexo, la edad, el nivel de estudios, si vive en pareja, si visitó al médico en el último año, horas promedio de sueño, número de ingestas de comida al día, si realiza ejercicio, consumo de alcohol en el último mes, si fuma actualmente, consumo de drogas ilegales, automedicación, hipertensión arterial, colesterol, uso de métodos anticonceptivos, si recibe apoyo por parte de la pareja, familia o amigos y el grado de satisfacción con la vida) se ha realizado un análisis de regresión logística multivariante.

Dado el carácter cualitativo de alguna variable, para su inclusión como covariables, se procedió a la creación de variables de diseño (“dummy”).

En primer lugar se realizó un análisis univariante, seleccionando como variables significativamente relacionadas con la variable dependiente aquellas que alcanzaron un nivel de significación de 0,15.

Con aquellas variables que resultaron significativas en el análisis univariante se realizó un modelo de regresión logística multivariante.

Para las variables incluidas en el modelo resultante, se han calculado razones de ventaja (*odds ratio*) y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

En todos los contrastes de hipótesis se ha considerado un nivel de significación  $\alpha$  del 5% ( $p < 0,05$ )



## **V. RESULTADOS**

## V.1. Características sociodemográficas

Se han estudiado un total de 409 personas autóctonas de la ciudad de Sevilla de edades comprendidas entre 25 y 44 años, siendo el promedio de la misma de 34,7 (7,0) años; [IC95%: (34,0-35,3)].

En la tabla 4 se presentan las principales características sociodemográficas estudiadas. El 50,1% [IC95%:(45,1-55,1)], eran hombres y el resto mujeres. En relación al estado civil, el 55,4% se encuentra casado o vive en pareja, frente a un 34,4% que vive solo y un 10,2% separado, divorciado o viudo, encontrándose diferencias estadísticamente significativas por sexo ( $p=0,013$ ), de forma que el 47,0% de los hombres vive en pareja o está casado frente a un 63,1% de las mujeres.

**Tabla 4. Características sociodemográficas**

		n (%)	IC95%
Sexo	Hombres	205 (50,1)	45,1;55,1
	Mujeres	204 (49,9)	44,9;54,8
Estado civil	Solteros/as	134 (34,4)	29,5;39,2
	Viven en pareja	78 (20,0)	15,9;24,1
	Casados/as	138 (35,4)	30,5;40,3
	Separados/as	21 (5,4)	3,0;7,8
	Divorciados/as	15 (3,8)	1,8;5,9
	Viudos/as	4 (1,0)	0,3;2,6
Nivel de estudios	Universitarios	178 (43,5)	38,6;48,4
	Secundarios o superiores	173 (42,3)	37,4;47,2
	Elementales	51 (12,5)	9,1;15,8
	Sin estudios	3 (0,7)	0,2;2,1
Situación laboral	Empleados/as	256 (62,6)	57,8;67,4
	Desempleados/as	74 (18,1)	14,2;21,9
	Otras situaciones	79 (19,3)	15,3;23,3

El 43,5% tiene estudios universitarios, un 42,3% secundarios o superiores sin ser universitarios y el 13,2% sin estudios o elementales.

En cuanto a la situación laboral, el 62,6% se encuentra empleado y el 37,4% Desempleado o en otra situación (18,1% y 19,3% respectivamente).



En la tabla 5 se presentan las principales características sociodemográficas según grupos de edad.

En relación al estado civil, el 35,9% del grupo de edad entre 25 y 34 años vive en pareja o está casado frente al 73,4% del grupo de entre 35 y 44 años, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la distribución del estado civil entre ambos grupos ( $p=0,00005$ ).

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la distribución del sexo ( $p=0,030$ ), nivel de estudios ( $p=0,0005$ ) y trabajo remunerado por grupos de edad, de forma que en el grupo de edad entre 25 y 34 años reciben retribuciones por su trabajo el 50,8% [IC95%:(43,5; 58,0),  $n=100$ ] y en el de 35 a 44 años el 73,6% [IC95%:(67,4; 79,8),  $n=156$ ], encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $p=0,00005$ ). La proporción de encuestados que refiere tener vivienda en propiedad es similar en ambos grupos (60,4% y 63,2% respectivamente),  $p=0,759$ .

**Tabla 5. Características sociodemográficas según edad**

Variable		25-34 años		35-44 años		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Sexo (n=409)	Hombre	110 (55,8)	48,6;63,0	95 (44,8)	37,9;51,7	0,030
	Mujer	87 (44,2)	37,0;51,4	117 (55,2)	48,3;62,1	
Estado civil (n=390)	Soltero/a	117 (63,9)	56,7;71,2	17 (8,2)	4,2;12,2	0,00005
	Vive en pareja sin estar casado/a	48 (26,2)	19,6;32,9	30 (14,5)	9,5;19,5	
	Casado/a	16 (8,7)	4,4;13,1	122 (58,9)	52,0;65,9	
	Viudo/a	0 (0,0)	0,0;2,0	4 (1,9)	0,5;4,9	
	Separado/a o divorciado/a	2 (1,1)	0,1;3,9	34 (16,4)	11,1;21,7	
Nivel de estudios (n=405)	Sin estudios/ Estudios primarios	38 (19,5)	13,7;25,3	16 (7,6)	3,8;11,4	0,001
	Secundarios/ Superiores	70 (35,9)	28,9;42,9	103 (49,0)	42,0;56,0	
	Universitarios	87 (44,6)	37,4;51,8	91 (43,3)	36,4;50,3	
Tiene trabajo remunerado (n=409)	Sí	100 (50,8)	43,5;58,0	156 (73,6)	67,4;79,8	0,00005
	No	97 (49,2)	42,0;56,5	56 (26,4)	20,2;32,6	
Tiene vivienda propia (n=409)	Sí	119 (60,4)	53,3;67,5	134 (63,2)	56,5;69,9	0,759
	No	78 (39,6)	32,5;46,7	78 (36,8)	30,1;43,5	

Por sexos (tabla 6), no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la distribución del nivel de estudio ( $p=0,193$ ), trabajo remunerado ( $p=0,220$ ) y vivienda propia ( $p=0,807$ ).

De los hombres, tienen trabajo remunerado el 65,8% [IC95%:(59,1; 72,6),  $n=135$ ], frente a las mujeres que reciben remuneración por su trabajo el 59,3% [IC95%:(52,3; 66,32),  $n=121$ ],  $p=0,222$ .

**Tabla 6. Características sociodemográficas según sexo**

Variable		25-34 años		35-44 años		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Sexo (n=409)	Hombre	110 (55,8)	48,6;63,0	95 (44,8)	37,9;51,7	0,030
	Mujer	87 (44,2)	37,0;51,4	117 (55,2)	48,3;62,1	
Estado civil (n=390)	Soltero/a	117 (63,9)	56,7;71,2	17 (8,2)	4,2;12,2	0,00005
	Vive en pareja sin estar casado/a	48 (26,2)	19,6;32,9	30 (14,5)	9,5;19,5	
	Casado/a	16 (8,7)	4,4;13,1	122 (58,9)	52,0;65,9	
	Viudo/a	0 (0,0)	0,0;2,0	4 (1,9)	0,5;4,9	
	Separado/a o divorciado/a	2 (1,1)	0,1;3,9	34 (16,4)	11,1;21,7	
Nivel de estudios (n=405)	Sin estudios/ Estudios primarios	38 (19,5)	13,7;25,3	16 (7,6)	3,8;11,4	0,001
	Secundarios/ Superiores	70 (35,9)	28,9;42,9	103 (49,0)	42,0;56,0	
	Universitarios	87 (44,6)	37,4;51,8	91 (43,3)	36,4;50,3	
Tiene trabajo remunerado (n=409)	Sí	100 (50,8)	43,5;58,0	156 (73,6)	67,4;79,8	0,00005
	No	97 (49,2)	42,0;56,5	56 (26,4)	20,2;32,6	
Tiene vivienda propia (n=409)	Sí	119 (60,4)	53,3;67,5	134 (63,2)	56,5;69,9	0,759
	No	78 (39,6)	32,5;46,7	78 (36,8)	30,1;43,5	

De los que se encuentran empleados, la ocupación más frecuente es Administrativos, seguidos de empleadas de Hogar y estudiantes (Tabla 7).

**Tabla 7. Ocupación de la población estudiada**

OCUPACIÓN (n=409)	n (%)	IC95%
Desempleado/a	74 (18,1)	14,2;21,9
Empleados administrativos	45 (11,0)	7,8;14,2
Dedicado/a principalmente a las tareas del hogar	41 (10,0)	7,0;13,1
Estudiante	37 (9,0)	6,1;11,9
Propietarios o directores de pequeños establecimientos	27 (6,6)	4,1;9,1
Profesionales del Derecho, las Ciencias Sociales y las Artes	26 (6,4)	3,9;8,8
Servicio Doméstico o de Limpieza; Cocineros y Camareros	23 (5,6)	3,3;8,0
Personal Sanitario	22 (5,4)	3,1;7,7
Informáticos y técnicos en Ciencias	21 (5,1)	2,9;7,4
Dependientes, Vendedores y Agentes Comerciales	17 (4,2)	2,1;6,2
Albañiles y otros trabajadores de la Construcción o la Minería	16 (3,9)	1,9;5,9
Personal Docente	15 (3,7)	1,7;5,6
Obreros Especializados de las Industrias; Artesanos	13 (3,2)	1,4;5,0
Otras situaciones	10 (2,4)	0,8;4,1
Otras ocupaciones propias de estudios medios o superiores	9 (2,2)	0,7;3,7
Agricultores, Ganaderos, Pescadores y sus peones	5 (1,2)	1,2;2,8
Defensa y Seguridad	5 (1,2)	1,2;2,8
Directivos de Administraciones Públicas o empresas de 10 o más asalariados	2 (0,5)	0,1;1,8
Camioneros, repartidores, taxistas y otros conductores	1 (0,2)	0,0;1,4

En relación con las características del hogar encontramos que el 61,9% [IC95%: (57,0-66,7) 253 personas] de la muestra tiene vivienda en propiedad, el 37,2% [IC95%:32,(4-42,0), 152 personas] alquilada y el resto no sabe o no está seguro. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,807$ ) entre los porcentajes de personas que poseen vivienda en propiedad entre hombre (63,9%) y el de mujeres (60,8%) ni por grupos de edad ( $p=0,759$ ), siendo propietarios de vivienda el 60,4% del grupo de 25 a 34 años y el 63,2% en el grupo de 35 a 44 años.

El 71,9% considera que las condiciones de la vivienda no afectan negativamente a su salud, mientras que el 9,3% manifiestan que si afectan negativamente a su salud, siendo los principales problemas detectados de ubicación, luminosidad y humedad. Un 50% de los entrevistados conviven con 3 (3; 4) o menos personas. El 49,6% manifiesta estar preocupado por los pagos a los que tienen que hacer frente (pago de hipoteca, renta o alquiler, colegio de los niños, compra de alimentos, ropas...). (Tabla 8)

**Tabla 8. Características de la vivienda y situación económica de la muestra**

n=409		n (%)	IC95%
Características de la vivienda	En propiedad	253 (61,9)	57,0;66,7
	Alquilada	152 (37,2)	32,4;42,0
	No sabe o no está seguro/a	4 (1,0)	0,3;2,5
Condiciones de la vivienda	Afectan negativamente a su salud	38 (9,3)	6,4;12,2
	No afectan negativamente a su salud	294 (71,9)	67,4;76,4
	No sabe, no está seguro	77 (18,8)	14,9;22,7
Percepción de la situación económica	Preocupado/a por los pagos	203 (49,6)	44,7;54,6
	No preocupado/a por los pagos	165 (40,3)	35,5;45,2
	No contesta	41 (10,0)	7,0;13,1

## V.2.- Percepción del Estado de Salud y calidad de vida

En las tablas 9 a 13 se presentan los datos correspondientes a estas variables, de manera general para toda la muestra, y agrupados por sexo y edad.

El 84,8% percibe su estado de salud como bueno, muy bueno o excelente (28,4%, 37,6% y 18,8% respectivamente), frente al 15,2% que lo percibe como malo (1,0%) o regular (14,2%). Según el sexo, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la percepción del estado de salud entre hombres y mujeres; el 88,3% de los hombres perciben su salud como buena/muy buena/excelente frente al 81,4% de las mujeres ( $p=0,00005$ ). De igual manera, las personas más jóvenes (93,9% en el grupo de 25 a 34 años vs. 76,4% en el grupo de 35 a 44 años) perciben mejor su estado de salud ( $p=0,00005$ )

En relación con el número de días al mes en que la percepción de la salud es buena, un 50% percibió su salud como excelente 25 (12;30) días o menos en el último mes. El 25% percibió su salud como excelente los 30 días del mes, frente a otro 25% que percibió su salud como excelente menos de 12 días.

Por sexo, el 50% de los hombres y las mujeres percibe su salud como excelente: 25 (14;30) y 25 (10;29) o menos días respectivamente, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,118$ ).

Por grupos de edad, el 50% de los que tienen entre 25 y 34 años perciben su salud como excelente 25 (15;30) o menos días, frente a los de edades entre 35

y 44 años que perciben su salud como excelente 20 (10;29) días o menos ( $p=0,051$ ).

Al analizar la variable Nivel de salud autopercebida según el nivel de estudios, apreciamos que las personas que tienen un mayor nivel (Estudios universitarios) tienen también una percepción del estado de salud mejor ( $p=0,012$ ). Sin embargo, no se han encontrado diferencias en relación con el estado socioeconómico ( $p=0,938$ ). Considerando también la variable sexo, se observa que las mujeres que tienen un nivel de estudios más bajo presentan igualmente una peor valoración de su nivel de salud ( $p=0,003$ ).

El Índice de Masa Corporal (IMC) de los entrevistados, en base al peso y talla declarados, oscila entre 19,1 y 47,1  $\text{kg/m}^2$ , siendo el promedio de 28,6 (3,9)  $\text{kg/m}^2$ . El 50% presenta un IMC de 28,3  $\text{kg/m}^2$  o más. Un 25% presenta un IMC de 30,9  $\text{kg/m}^2$  o más.

El promedio del IMC en hombres es de 29,6 (3,1)  $\text{kg/m}^2$  y el de las mujeres de 27,6 (4,3)  $\text{kg/m}^2$ . El 50% de los hombres presenta un IMC de 29,5 (27,5; 31,2)  $\text{kg/m}^2$  o más y el 50% de las mujeres de 26,4 (24,8; 30,2)  $\text{kg/m}^2$  o más, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre la distribución del IMC de los hombres y las mujeres ( $p=0,00005$ ).

Por grupos de edad, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la distribución del IMC del grupo de 25 a 34 años y el de 35 a 44 años ( $p=0,298$ ). El 50% de los de 25 a 34 años presenta un IMC de 27,4 (25,6; 30,3)  $\text{kg/m}^2$  o más, frente al otro grupo, donde el 50% presenta un IMC de 29,0 (20,1; 31,6)  $\text{kg/m}^2$  o superior.

El 83,6% de la población estudiada presenta sobrepeso (49,9%) u obesidad (33,7%) y el resto normopeso (16,4%).

En los hombres, se ha encontrado un 95,1% de sobrepeso (53,2%) u obesidad (41,9%) y un 4,9% de normopeso, frente a las mujeres, donde el

sobrepeso (46,6%) u obesidad (25,5%) representan el 72,1%, encontrando diferencias significativas en la distribución del IMC según el sexo ( $p=0,00005$ ).

Por grupos de edad, el más joven (25 a 34 años) presenta un 80,2% de sobrepeso (52,3%) u obesidad (27,9%), siendo el resto normopeso; en el grupo de 35 a 44 años, el sobrepeso (47,6%) u obesidad (39,2%) representan el 86,8%, y el normopeso el 19,8% ( $p=0,031$ ).

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al comparar el nivel de salud autopercebida según la categorización realizada respecto del IMC, de manera que las personas con normopeso son las que presentan una mejor percepción de su nivel de salud ( $p=0,001$ ).

El 14,5% ( $n=59$ ) de las personas refiere haber prestado cuidados o asistencia a algún amigo o familiar. De estos, el 16,9% ( $n=10$ ), [IC95%:(6,5;27,4)], lo hizo de forma remunerada y el 6,8% ( $n=4$ ), [IC95%:(1,9; 16,5)], refiere haber sufrido algún problema de salud como consecuencia de los cuidados prestados.

En los últimos 30 días, el 50% manifiesta haber tenido problemas físicos uno o menos días. Un 25% indica no haber tenido problemas físicos ningún día y otro 25% refiere haber tenido problemas físicos ocho o más días. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la distribución del número de días con problemas físicos entre hombres [1 (0;7)] y mujeres [2 (0; 10)], ( $p=0,118$ ), pero sí por grupos de edad, puesto que las personas que tienen entre 35 y 44 años presentan un promedio de días con problemas físicos superior a las del grupo más joven, en el último mes ( $p=0,002$ ).

En relación con los problemas de salud mental, cabe resaltar que un 25% refiere haber tenido problemas más de 4 días. Por sexo, el 25% de las mujeres refiere tener problemas de salud mental 5 o más días, mientras que el 25% de los hombres los tienen 2 o más días ( $p=0,002$ ), en los últimos 30 días. Por grupos de edad, un 25% de los jóvenes refiere tener problemas más de 2 días en el último mes, frente a los mayores que manifiestan tenerlos en 6 o más días, aunque el

50% de las personas, en ambos grupos, no manifiestan ningún día con problemas de salud mental, en el último mes ( $p=0,097$ ).

La media de horas de sueño, en los últimos 30 días, es de 7,4 (1,6) horas [IC95%:(7,3;7,6)]. Un 50% considera que no hubo ningún día que no durmiera lo suficiente, frente a un 25% que considera que no durmió lo suficiente 5 o más días.

**Tabla 9. Nivel de salud autopercebida e IMC**

Variable (n=409)		n (%)	IC95%
Autopercepción del Estado de salud	Excelente	77 (18,8)	14,9;22,7
	Muy bueno	154 (37,7)	32,8;42,5
	Bueno	116 (28,4)	23,9;32,8
	Regular	58 (14,2)	10,7;17,7
	Malo	4 (1,0)	0,3;2,5
IMC categorizado	Normopeso	67 (16,4)	12,7;20,1
	Sobrepeso	204 (49,9)	44,9;54,8
	Obesidad	138 (33,7)	29,0;38,4

**Tabla 10. Nivel de salud autopercebida e IMC según sexo**

Variable (n=409)		Hombre		Mujer		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Percepción del estado de salud	Regular/ Mala	24 (11,7)	7,1;16,3	38 (18,6)	13,0;24,2	0,00005
	Buena/ Muy buena/ Excelente	181 (88,3)	83,6;92,9	166 (81,4)	75,8;87,0	
	No	142 (72,4)	65,9;78,9	126 (66,3)	59,3;73,3	
IMC categorizado	Normopeso	10 (4,9)	1,7;8,1	57 (27,9)	21,5;34,3	0,00005
	Sobrepeso	109 (53,2)	46,1;60,2	95 (46,6)	39,5;53,6	
	Obesidad	86 (41,9)	34,9;48,9	52 (25,5)	19,3;31,7	

**Tabla 11. Nivel de salud autopercebida e IMC según edad**

Variable (n=409)		25-34 años		35-44 años		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Percepción del estado de salud	Regular/ Mala	12 (6,1)	2,5;9,7	50 (23,6)	17,6;29,5	0,00005
	Buena/ Muy buena/ Excelente	185 (93,9)	90,3;97,5	162 (76,4)	70,5;82,4	
IMC categorizado	Normopeso	39 (19,8)	14,0;25,6	28 (13,2)	8,4;18,0	0,031
	Sobrepeso	103 (52,3)	45,1;59,5	101 (47,6)	40,7;54,6	
	Obesidad	55 (27,9)	21,4;34,4	83 (39,2)	32,3;46,0	



**Tabla 12. Variables antropométricas, hábitos de sueño y estado de salud según sexo**

VARIABLES	HOMBRES						MUJERES						Nivel de significación (p)
	N	Min	Max	X (DE)	IC95%	Me (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	N	Min	Max	X (DE)	IC95%	Me (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	
Edad	205	25	44	34 (6,8)	33;34,9	33 (27;41)	204	25	44	35,3 (7,1)	(34,3;36,3)	38 (28;42)	0,08
Peso	205	56	105	80,1 (8,2)	78,9;81,2	80 (75;84)	204	44	106	63,5 (8,4)	(62,3;64,6)	63 (58;67)	0,00005
Talla	205	1,58	1,91	1,76 (0,1)	1,75;1,77	1,78 (1,7;1,8)	204	1,48	1,85	1,66 (0,08)	(1,75;1,77)	1,66 (1,60;1,71)	0,00005
IMC	205	22,4	46,2	29,6 (3,1)	29,1;30	29,5 (27,5;31,2)	204	19,1	47,1	27,6 (4,3)	(27,0;28,2)	26,4 (24,8;30,2)	0,00005
Días con excelente estado de salud (de los últimos 30)	205	0	30	19,7 (11,2)	18,1;21,2	25 (14;30)	203	0	30	19,4 (10,9)	(17,9;20,9)	25 (10;29)	0,118
Promedio de días con salud física deficiente (de los últimos 30)	203	0	30	4,8 (7,5)	3,8;5,9	1 (0;7)	197	0	27	5,1 (6,8)	(4,1;6,1)	2 (0;10)	0,118
Promedio de días con salud mental deficiente (de los últimos 30)	202	0	30	3,0 (6,5)	2,1;3,9	0 (0;2)	199	0	30	3,2 (5,2)	(2,5;3,9)	0,1 (0;5)	0,002
Promedio de horas de sueño al día	205	3	12	7,2 (1,6)	7,0;7,4	7 (6;8)	204	0	13	7,6 (1,5)	(7,4;7,8)	8 (7;8)	0,001
Promedio de días en que no descansó lo suficiente (de los últimos 30)	205	0	30	4,3 (7,4)	3,3;5,3	0 (0;6)	203	0	30	3,9 (7,2)	(2,9;4,9)	0 (0;5)	0,562

**Tabla 13. Variables antropométricas, hábitos de sueño y estado de salud, según edad**

VARIABLES	HOMBRES						MUJERES						Nivel de significación (p)
	N	Min	Max	X (DE)	IC95%	Me (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	N	Min	Max	X (DE)	IC95%	Me (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	
Edad	205	25	44	34 (6,8)	33;34,9	33 (27;41)	204	25	44	35,3 (7,1)	(34,3;36,3)	38 (28;42)	0,08
Peso	205	56	105	80,1 (8,2)	78,9;81,2	80 (75;84)	204	44	106	63,5 (8,4)	(62,3;64,6)	63 (58;67)	0,00005
Talla	205	1,58	1,91	1,76 (0,1)	1,75;1,77	1,78 (1,7;1,8)	204	1,48	1,85	1,66 (0,08)	(1,75;1,77)	1,66 (1,60;1,71)	0,00005
IMC	205	22,4	46,2	29,6 (3,1)	29,1;30	29,5 (27,5;31,2)	204	19,1	47,1	27,6 (4,3)	(27,0;28,2)	26,4 (24,8;30,2)	0,00005
Promedio de días con excelente estado de salud (de los últimos 30)	205	0	30	19,7 (11,2)	18,1;21,2	25 (14;30)	203	0	30	19,4 (10,9)	(17,9;20,9)	25 (10;29)	0,118
Promedio de días con salud física deficiente (de los últimos 30)	203	0	30	4,8 (7,5)	3,8;5,9	1 (0;7)	197	0	27	5,1 (6,8)	(4,1;6,1)	2 (0;10)	0,118
Promedio de días con salud mental deficiente (de los últimos 30)	202	0	30	3,0 (6,5)	2,1;3,9	0 (0;2)	199	0	30	3,2 (5,2)	(2,5;3,9)	0,1 (0;5)	0,002
Promedio de horas de sueño al día	205	3	12	7,2 (1,6)	7,0;7,4	7 (6;8)	204	0	13	7,6 (1,5)	(7,4;7,8)	8 (7;8)	0,001
Promedio de días en que no descansó lo suficiente (de los últimos 30)	205	0	30	4,3 (7,4)	3,3;5,3	0 (0;6)	203	0	30	3,9 (7,2)	(2,9;4,9)	0 (0;5)	0,562

### V.3. Uso de los servicios sanitarios

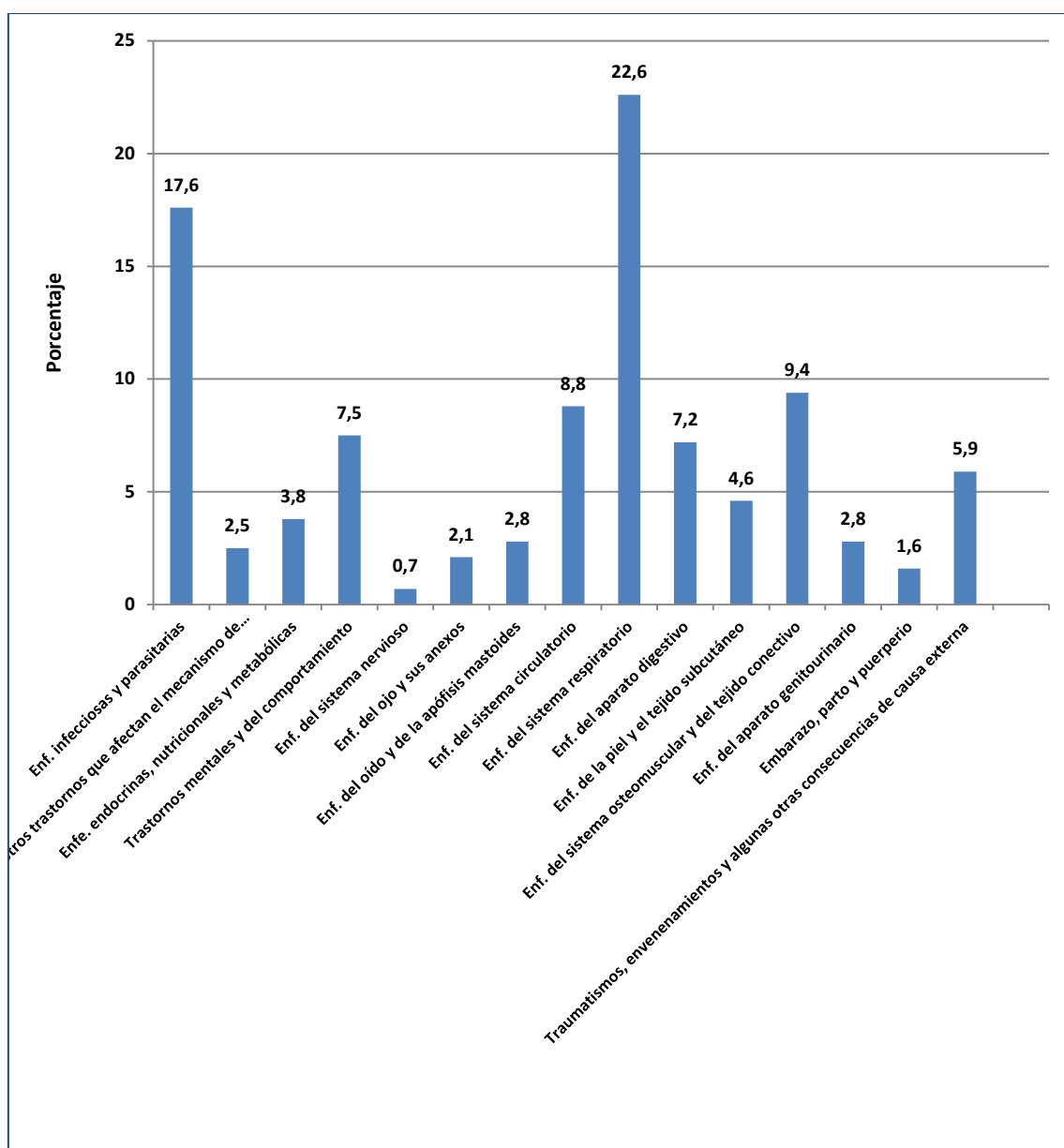
En la tabla 14 se presenta el uso de servicios sanitarios. El 96,8%, [IC95%:(95,0-98,6), n=393] de las personas encuestadas identifica y conoce cuál es su Centro de Salud.

**Tabla 14. Uso de los servicios sanitarios**

		n (%)	IC95%
Conocimiento del Centro de Salud (n=406)	Nombra el Centro de Salud al que pertenece	393 (96,8)	95,0;98,6
	No sabe cuál es su Centro de Salud o no está seguro/a	13 (3,2)	1,4;5,0
Visitó al médico en el último año? (n=409)	No	160 (39,1)	34,3;44,0
	Sí	249 (60,9)	56,0;65,7
Asistencia a la consulta médica para la realización de un chequeo de rutina (n=409)	En el último año	160 (39,1)	34,3;44,0
	En los últimos dos años	168 (41,1)	36,2;46,0
	En los últimos cinco años	70 (17,1)	13,3;20,9
	Hace 5 años o más	9 (2,2)	0,6;3,7
	No sabe o no está seguro	2 (0,5)	0,1;1,8
Visitó a la enfermera en el último año? (n=409)	Sí	136(33,2)	28,6;38,0
	No	286 (66,8)	62,1;71,4
Asistencia a la consulta de enfermería (n=386)	En el último año	128 (33,2)	28,3;38,0
	En los últimos dos años	132 (34,2)	29,3;39,1
	En los últimos cinco años	52 (13,5)	9,9;17,0
	Hace más de cinco años	10 (2,6)	0,9;4,3
	Nunca ha acudido	16 (4,1)	2,0;6,3
	No sabe o no está seguro	48 (12,4)	9,0;15,9
Emplea remedios tradicionales (n=409)	Sí	84 (20,5)	16,5;24,6
	No	311 (76,0)	71,8;80,3
	No contesta	14 (3,4)	1,5;5,3
Frecuencia de automedicación en los últimos seis meses (n=409)	Nunca	38 (9,3)	6,4;12,2
	Algunas veces	189 (46,2)	41,3;51,2
	La mayoría de las veces	86 (21,0)	17,0;25,1
	Siempre	96 (23,5)	19,2;27,7
Número de fármacos consumidos (n=371)	Uno	102 (27,5)	22,8;32,1
	Dos	235 (63,3)	58,3;68,4
	Tres	28 (7,5)	4,7;10,4
	Cuatro o más	6 (1,6)	0,2;3,0

En lo relativo a la asistencia a la consulta médica para la realización de un chequeo de rutina, la mayoría contesta que ha acudido hace relativamente poco tiempo: el 39,1 % de la muestra [IC95%:(34,3;44,0), 160 personas] en el último año y el 41,1% de la muestra [IC95%:(36,2;46,0), 168 personas] en los últimos dos años. El 2,2% de la muestra [IC95%:(0,7;3,7), 9 personas] acudió hace más de cinco años. Los motivos de asistencia se recogen en el siguiente gráfico.

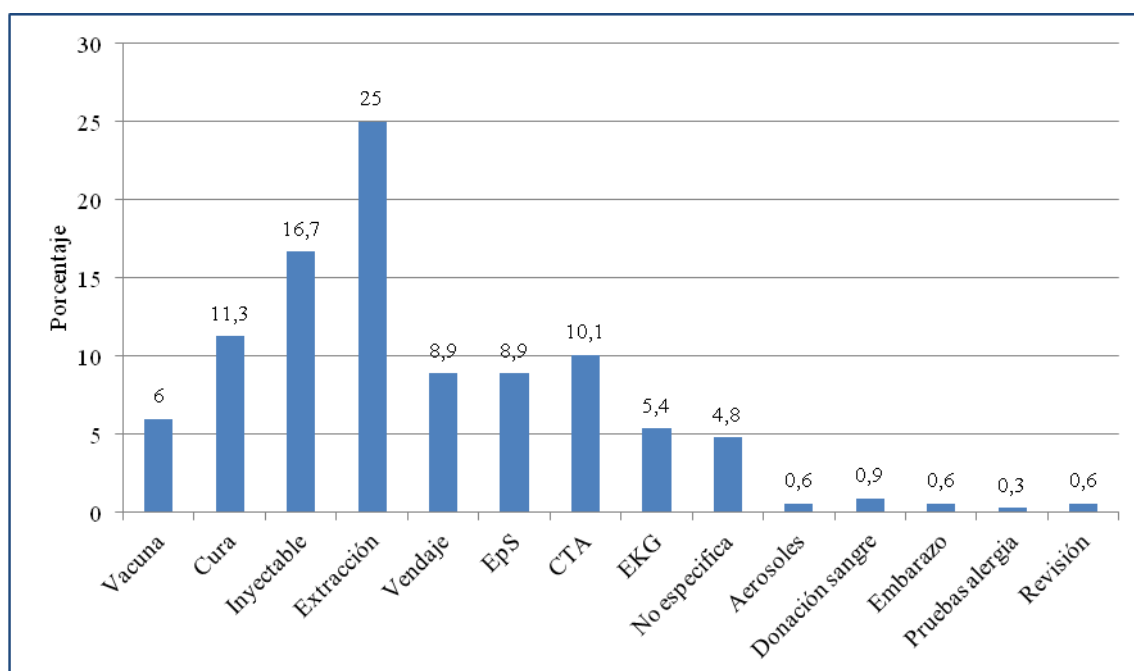
**Gráfico 11. Motivos de asistencia a la consulta médica**



En la dimensión de asistencia a la consulta de enfermería, el 33,2% [IC95%:(28,3;38,0), 128 personas] ha ido en el último año, el 34,2% [IC95%:(29,3;39,1), 132 personas] ha acudido en los últimos dos años y el 13,5% [IC95%:(9,9;17,0), 52 personas] ha asistido en los últimos cinco años. El 4,1% [IC95%:(2,0;6,3), 16 personas] nunca ha acudido y el resto, o bien acudió hace más tiempo (2,6% [IC95%:(0,9;4,3), 10 personas]), o no está seguro (12,4% [IC95%:(9,0;15,9), 48 personas]) de cuando fue a la consulta de enfermería.

Los motivos más frecuentes por los que han visitado la consulta de enfermería se relacionan en el gráfico 12, siendo los más frecuentes la extracción de sangre (el 25% [IC95%:(20,2;29,8), 84 personas] e inyectables (el 16,7%; [IC95% (12,5;20,8), 56 personas]).

**Gráfico 12. Motivos de asistencia a la consulta de enfermería**



En la tabla 15, aparecen reflejados los datos correspondientes al nivel de salud autopercebida y al uso de los servicios sanitarios en relación con el sexo. Como se puede apreciar, las mujeres tienen una peor percepción de su estado de salud ( $p=0,00005$ ), han visitado con mayor frecuencia al médico en el último año ( $p=0,002$ ) y también a la enfermera, aunque en este caso, no existen diferencias significativas ( $p=0,309$ ). Por el contrario, los hombres son los que presentan sobrepeso en mayor porcentaje ( $p=0,00005$ ).

**Tabla 15. Nivel de salud autopercebida y uso de los servicios sanitarios según sexo**

Variable		Hombre		Mujer		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Percepción del estado de salud (n=409)	Regular/Mala	24 (11,7)	7,1;16,3	38 (18,6)	13,0;24,2	0,00005
	Buena/Muy buena/excelente	181 (88,3)	83,6;92,9	166 (81,4)	75,8;87,0	
Visitó al médico en el último año (n=409)	Sí	65 (31,7)	25,1;38,3	95 (46,6)	39,5;53,6	0,002
	No	140 (68,3)	61,7;74,9	109 (53,4)	46,3;60,5	
Visitó a la enfermera en el último año (n=386)	Sí	54 (27,5)	21,0;34,1	74 (38,9)	31,7;46,1	0,309
	No	142 (72,4)	65,9;78,9	126 (66,3)	59,3;73,3	
IMC categorizado (n=409)	Normopeso	10 (4,9)	1,7;8,1	57 (27,9)	21,5;34,3	0,00005
	Sobrepeso	109 (53,2)	46,1;60,2	95 (46,6)	39,5;53,6	
	Obesidad	86 (41,9)	34,9;48,9	52 (25,5)	19,3;31,7	

En la tabla 16, se presentan los datos referentes al uso de los servicios sanitarios, según la edad. El grupo más joven tienen una mejor percepción del nivel de salud ( $p=0,00005$ ), visitan menos al médico ( $p=0,008$ ) y más a la enfermera, aunque en este caso no se aprecian diferencias significativas ( $p=0,408$ ). Por lo que atañe al IMC, se ha apreciado un mayor porcentaje de obesidad ( $p=0,031$ ) en el grupo de mayor edad (35 a 44 años). Es este grupo el que concentra una mayor cifra de sobrepeso y obesidad (86,8%).

**Tabla 16. Uso de los servicios sanitarios, según la edad**

Variable		Hombre		Mujer		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Percepción del estado de salud (n=409)	Regular/Mala	24 (11,7)	7,1;16,3	38 (18,6)	13,0;24,2	0,00005
	Buena/Muy buena/excelente	181 (88,3)	83,6;92,9	166 (81,4)	75,8;87,0	
Visitó al médico en el último año (n=409)	Sí	65 (31,7)	25,1;38,3	95 (46,6)	39,5;53,6	0,002
	No	140 (68,3)	61,7;74,9	109 (53,4)	46,3;60,5	
Visitó a la enfermera en el último año (n=386)	Sí	54 (27,5)	21,0;34,1	74 (38,9)	31,7;46,1	0,309
	No	142 (72,4)	65,9;78,9	126 (66,3)	59,3;73,3	
IMC categorizado (n=409)	Normopeso	10 (4,9)	1,7;8,1	57 (27,9)	21,5;34,3	0,00005
	Sobrepeso	109 (53,2)	46,1;60,2	95 (46,6)	39,5;53,6	
	Obesidad	86 (41,9)	34,9;48,9	52 (25,5)	19,3;31,7	

#### **V.4. Actividad física en el trabajo y ejercicio físico en tiempo libre**

El 80,1% [IC95%:(75,0; 85,2), 205 personas] de los que trabajan, refieren que la actividad física durante el trabajo es escasa, frente al 19,9% que refiere que su actividad es intensa (18,7%) o moderada (1,2%). La proporción de hombres que realiza una actividad física en el trabajo intensa o moderada es del 27,4% y en las mujeres del 11,6%, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,00005$ ). El 21,8% [IC95%:(13,2; 30,3), 22 personas] de integrantes del grupo de edad más joven refiere una actividad física en el trabajo moderada o intensa, siendo este porcentaje del 18,8% [(IC95%:(12,2; 25,2), 18 personas] en el grupo de 35 a 44 años ( $p=0,00005$ ).

La actividad física más frecuente que desarrollan durante el trabajo es estar de pie o sentado, la mayor parte del tiempo (71%), seguida de caminar la mayor parte del tiempo (17,9%) y transportar cargas ligeras o subir escaleras o cuestras frecuentemente (3,9%). El 1,8% refiere tener un trabajo pesado que demanda mucho esfuerzo.

En lo relativo al ejercicio físico o actividad física recreativa que se realiza en momentos de ocio o de tiempo libre, el 21,5% [IC95%: (17,4-25,6), 88 personas] de la muestra no realiza ningún tipo de ejercicio y el 78,5% [IC95%: 74,5-82,6; 321 personas] sí lo realiza. El 64,3% [IC95%:(59,5; 69,1); 263 personas] de los entrevistados, refieren caminar a ritmo ligero con una frecuencia de dos veces por semana. No se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de la práctica de ejercicio físico por sexo ni edad.

En las tablas 17 a 19 se presentan las principales variables estudiadas en relación con la actividad física en el trabajo y ejercicio físico en tiempo libre para el total de la muestra estudiada, por sexo y grupos de edad.

**Tabla 17. Actividad física en el trabajo y ejercicio físico en tiempo libre**

		N	%	IC95%
Tipo de actividad física en el trabajo (n=335)	Está de pie o sentado la mayor parte del tiempo	238	71,0	66,0-76,1
	Camina la mayor parte del tiempo	60	17,9	13,7-22,2
	Transporta cargas ligeras o sube escaleras o cuestras frecuentemente	13	3,9	1,7-6,1
	Es un trabajo pesado que demanda mucho esfuerzo	6	1,8	0,2-3,4
	No contesta	18	5,4	2,8-7,9
Grado de actividad física en el trabajo (n=256)	Escasa actividad física	205	80,1	75,0-85,2
	Actividad física moderada	48	18,7	13,8-23,7
	Actividad física intensa	3	1,2	0,2-3,4
Tipo de actividad física recreativa que se realiza en momentos de ocio o de tiempo libre (n=409)	No realiza ningún tipo de ejercicio	88	21,5	17,4-25,6
	Realiza un único tipo de ejercicio	158	38,6	33,8-43,5
	Practica dos tipos de ejercicio	90	22,0	17,9-26,1
	Combina tres o más tipos de ejercicio	73	17,8	14,0-21,7
Realiza algún tipo de ejercicio	Sí	321	78,5	74,5-82,6
	No	88	21,5	17,4-25,6
Ejercicio más frecuente	Caminar a ritmo ligero	263	64,3	59,5-69,1

**Tabla 18. Actividad física en el trabajo y ejercicio físico en tiempo libre según sexo**

Variable		Hombre		Mujer		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Actividad física en el trabajo (n=256)	Poca/Ligera	98 (72,6)	64,7;80,5	107 (88,4)	82,3;94,5	0,00005
	Moderada/Intensa	37 (27,4)	19,5;35,3	14 (11,6)	5,4;17,7	
Realiza ejercicio de manera regular (n=409)	Sí	188 (91,7)	87,7;95,7	186 (91,2)	87,0;95,3	0,860
	No	17 (8,3)	4,3;12,3	18 (8,8)	4,7;13,0	

**Tabla 19. Actividad física en el trabajo y ejercicio físico en tiempo libre por grupos de edad**

Variable		25-34 años		35-44 años		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Actividad física en el trabajo (n=256)	Poca/Ligera	79 (78,2)	69,7;86,8	126 (81,3)	74,8;87,8	0,00005
	Moderada/Intensa	22 (21,8)	13,2;30,3	29 (18,7)	12,2;25,2	
Realiza ejercicio de manera regular (n=409)	Sí	182 (92,4)	88,4;96,3	191 (90,1)	85,8;94,4	0,597
	No	15 (7,6)	3,7;11,6	21 (9,9)	5,6;14,2	



## V.5. Alimentación

Para describir esta variable, lo haremos a través del análisis de cinco categorías relativas a las comidas de un día normal, especificando el lugar, el tipo de alimentos y bebidas a través de las preguntas de elección múltiple.

### V.5.1. Desayuno

Como se puede apreciar en la tabla 20, el desayuno es realizado por el 79,0% de la muestra [IC95%:(74,9-83,0), 323 personas] la mayoría desayuna en casa (92,9%), toma un único alimento (41,5%), habitualmente pan (41,8%), que acompaña con un lácteo (79,6%).

**Tabla 20. Patrón de ingesta en el desayuno**

		n (%)	IC95%
Desayuna (n=409)	Sí	323 (79,0)	74,9;83,0
	No	86 (21,0)	17,0;25,1
Lugar del desayuno (n=323)	En casa	300 (92,9)	89,9;95,8
	Fuera de su domicilio	23 (7,1)	4,2;10,1
Número de alimentos consumidos (n=323)	Ningún alimento	103 (31,9)	26,7;37,1
	Un alimento	134 (41,5)	36,0;47,0
	Dos alimentos	67 (20,7)	16,2;25,3
	Más de dos alimentos	19 (5,9)	3,2;8,6
Alimentos consumidos (n=323)	Pan	135 (41,8)	36,3;47,3
	Bollería	75 (23,2)	18,5;28,0
	Embutidos	57 (17,6)	13,3;22,0
	Cereales	37 (11,5)	7,8;15,1
	Fritos	12 (3,7)	1,5;5,9
	Fruta	19 (5,9)	3,2;8,6
	Huevos	1 (0,3)	0,0;1,7
Bebidas consumidas (n=323)	Lácteos	257 (79,6)	75,0;84,1
	Zumos	71 (22,0)	17,3;26,7
	Otras bebidas	10 (3,1)	1,1;5,1
Número de bebidas consumidas (n=323)	Ninguna bebida	12 (3,7)	1,5;5,9
	Una bebida	290 (89,8)	86,3;93,2
	Dos bebidas	21 (6,5)	3,7;9,3

### V.5.2. Ingesta a media mañana

El 64,1% [IC95%:(59,2-68,8), 260 personas] toma algún alimento o bebida a media mañana, habitualmente fuera de casa (71,2%). Por lo general se consume un solo alimento (58,1%), pan (47,3%) o bollería (37,3%), acompañado de una bebida láctea (51,9%) como se refleja en la tabla 21.

**Tabla 21. Patrón de ingesta a media mañana**

		n (%)	IC95%
Toma alimento o bebida a media mañana (n=409)	Sí	260 (64,1)	59,2;68,8
	No	149 (36,4)	31,6;41,2
Lugar (n=260)	En casa	75 (28,8)	23,1;34,5
	Fuera de casa	185 (71,2)	65,5;76,9
Número de alimentos (n=260)	No toma ningún alimento	13 (5,0)	2,2;7,8
	Un alimento	151 (58,1)	51,9;64,3
	2 alimentos	93 (35,8)	29,8;41,8
	3 alimentos	3 (1,2)	0,2;3,3
Alimentos consumidos (n=260)	Pan	123 (47,3)	41,0;53,6
	Bollería	97 (37,3)	31,2;43,4
	Embutidos	66 (25,4)	19,9;30,9
	Fruta	35 (13,5)	9,1;17,8
	Cereales	11 (4,2)	1,6;6,9
	Fritos	7 (2,7)	0,5;4,9
	Carne	7 (2,7)	0,5;4,9
Bebidas consumidas (n=260)	Lácteos	135 (51,9)	45,7;58,2
	Zumos	74 (28,5)	22,8;34,1
	Agua	23 (8,8)	5,2;12,5
	Refrescos	16 (6,2)	3,0;9,3
	Bebidas alcohólicas	4 (1,5)	0,4;3,9
	Infusiones	3 (1,2)	0,2;3,3
Número de bebidas consumidas (n=260)	No toma ninguna bebida	15 (5,8)	2,7;8,8
	Una bebida	236 (90,8)	87,1;94,5
	2 bebidas	8 (3,1)	0,8;5,4
	3 bebidas	1 (0,4)	0,0;2,1

### V.5.3. Medio día

En la tabla 22 se presenta el patrón de consumo al mediodía. El 78,4% come a mediodía en casa, siendo lo más frecuente ingerir dos (26,7%) o tres (20,6%) alimentos. Los más consumidos son carne (48,6%), pan (40,5%) y verduras y hortalizas (36,8%), que suelen acompañar con agua (70,4%).

**Tabla 22. Patrón de ingesta a medio día**

		n (%)	IC95%
Come a medio día (n=409)	Sí	405 (99,0)	97,5;99,7
	No	4 (1,0)	0,3;2,5
Lugar (n=405)	En casa	303 (74,8)	70,5;79,2
	Fuera de casa	102 (25,2)	20,8;29,5
Número de alimentos (n=405)	No toma ningún alimento	4 (1,0)	0,3;2,5
	Un alimento	61 (15,1)	11,5;18,7
	2 alimentos	108 (26,7)	22,2;31,1
	3 alimentos	124 (30,6)	26,0;35,2
	4 alimentos	69 (17,0)	13,3;20,9
	5 alimentos	16 (4,0)	1,9;6,0
	6 alimentos	9 (2,2)	0,7;3,8
	7 alimentos	13 (3,2)	1,4;5,1
Tipo de alimento	Carne	197 (48,6)	43,7;53,6
	Pan	164 (40,5)	35,6;45,4
	Verduras y hortalizas	149 (36,8)	32,0;41,6
	Fruta	117 (28,9)	24,4;33,4
	Tubérculos	108 (26,7)	22,2;31,1
	Fritos	90 (22,2)	18,1;26,4
	Huevos	85 (21,0)	16,9;25,1
	Pescado	82 (20,2)	16,2;24,3
	Cereales	68 (16,8)	13,0;20,6
	Legumbres	52 (12,8)	9,5;16,2
	Embutidos	52 (12,8)	9,5;16,2
Tipo de bebida	Agua	285 (70,4)	65,8;74,9
	Refrescos	96 (23,7)	19,4;28,0
	Bebidas alcohólicas	78 (19,3)	15,3;23,2
	Zumos	30 (7,4)	4,7;10,1
	Lácteos	3 (0,7)	0,2;2,1
	Infusiones	2 (0,5)	0,1;1,8
Número de bebidas (n=405)	No toma ninguna bebida	15 (3,7)	1,7;5,7
	1 bebida	386 (95,3)	93,1;97,5
	2 bebidas	4 (1,0)	0,3;2,5

#### V.5.4. Merienda

El 43,0% de los que responden a esta pregunta [IC95%:(38,0-48,0), 171 personas] merienda, habitualmente en casa (72,5%). Suelen tomar únicamente un alimento (55%), especialmente bollería (35,6%) acompañado por un lácteo (53,3%) como puede apreciarse en la tabla 23.

**Tabla 23. Patrón de ingesta en la merienda**

		n (%)	IC95%
Merienda (n=409)	Sí	171 (43,0)	38,0;48,0
	No	238 (58,2)	53,3;63,1
Lugar (n=171)	En casa	124 (72,5)	65,5;79,5
	Fuera de casa	47 (27,5)	20,5;34,5
Número de alimentos (n=171)	No toma ningún alimento	60 (35,1)	27,6;42,5
	Un alimento	94 (55,0)	47,2;62,7
	2 alimentos	15 (8,8)	4,2;13,3
	3 alimentos	2 (1,2)	0,1;4,2
Tipo de alimento (n=171)	Bollería	66 (35,6)	31,0;46,2
	Cereales	20 (11,7)	6,6;16,8
	Pan	16 (9,4)	4,7;14,0
	Fruta	14 (8,2)	3,8;12,6
	Embutidos	12 (7,0)	2,9;11,1
	Huevos	2 (1,2)	0,1;4,2
Tipo de bebida (n=171)	Lácteos	86 (50,3)	42,5;58,1
	Zumos	36 (21,1)	14,7;27,5
	Agua	21 (12,3)	7,1;17,5
	Refrescos	10 (5,8)	2,0;9,7
	Infusiones	3 (1,8)	0,4;5,0
	Bebidas alcohólicas	1 (0,6)	0,0;3,2
Número de bebidas (n=171)	No toma ninguna	18 (10,5)	5,6;15,4
	Una bebida	148 (86,6)	81,1;92,1
	2 bebidas	5 (2,9)	0,9;6,7

### V.5.5. Cena

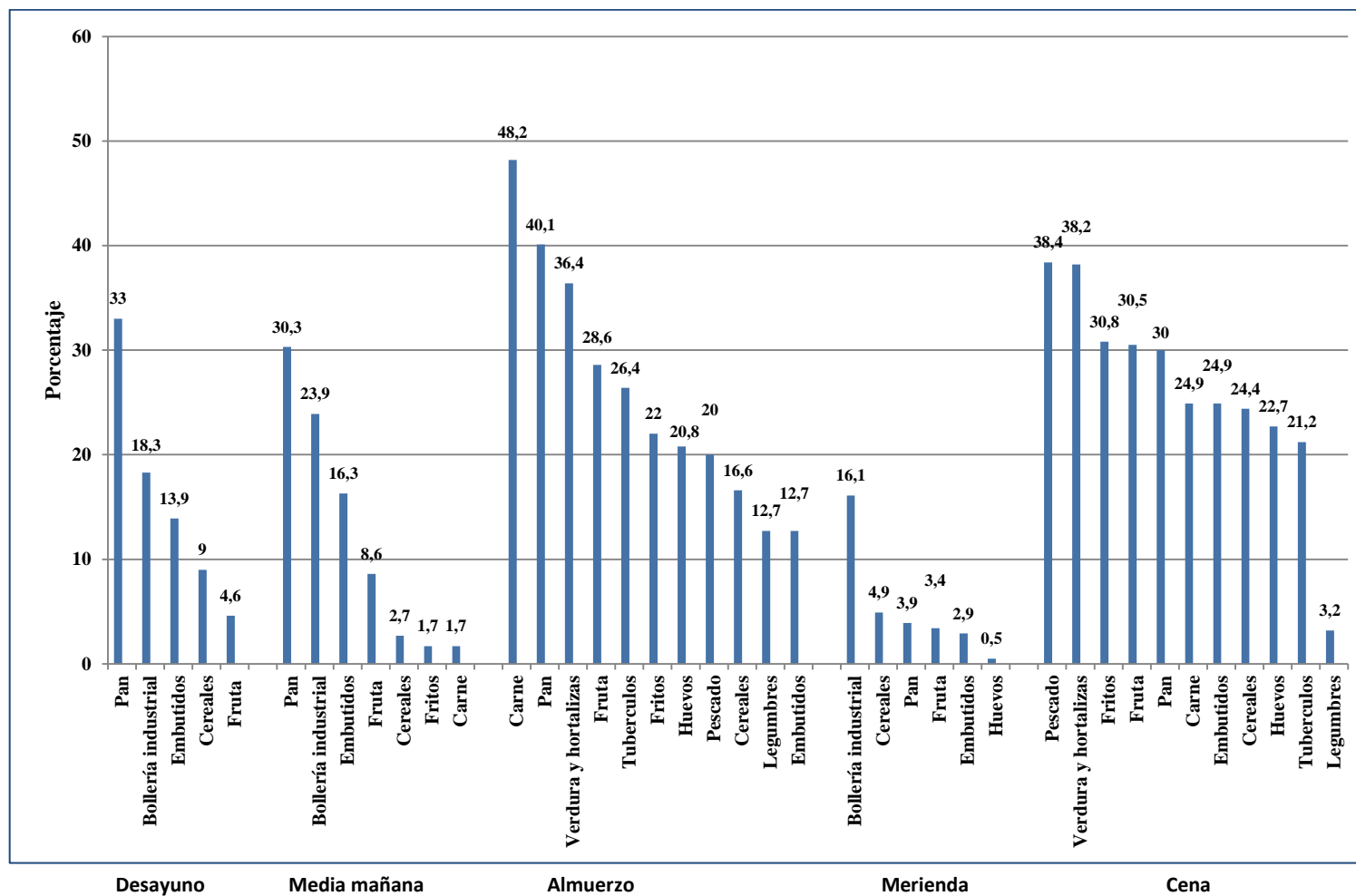
El 99,0% de la muestra [IC95%:(97,5-99,7), 405 personas] cena, habitualmente en casa (88,9%). Los alimentos consumidos con más frecuencia son el pescado, consumido por el 38,5% y las verduras y hortalizas por el 38,3%. Lo más frecuente en la cena es consumir dos alimentos acompañado de agua (Tabla 24).

**Tabla 24. Patrón de ingesta en la cena**

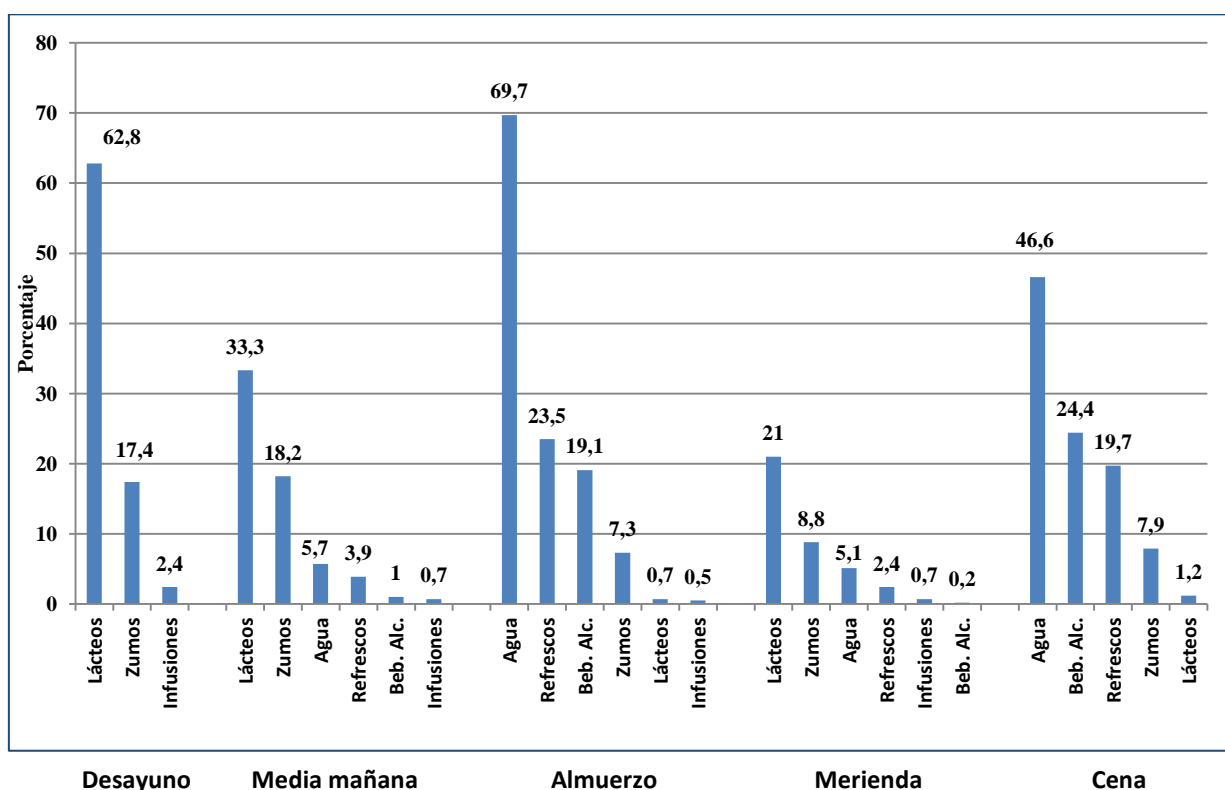
		n (%)	IC95%
Cena (n=409)	Sí	405 (99,0)	97,5;99,7
	No	4 (1,0)	0,3;2,5
Lugar (n=405)	En casa	360 (88,9)	85,7;92,1
	Fuera de casa	45 (11,1)	7,9;14,3
Tipo de alimento (n=405)	Pescado	156 (38,5)	33,7;43,4
	Verduras y hortalizas	155 (38,3)	33,4;43,1
	Fritos	125 (30,9)	26,2;35,5
	Fruta	124 (30,6)	26,0;35,2
	Pan	122 (30,1)	25,5;34,7
	Carne	101 (24,9)	20,6;29,3
	Embutidos	101 (24,9)	20,6;29,3
	Cereales	99 (24,4)	20,1;28,8
	Huevos	92 (22,7)	18,5;26,9
	Tubérculos	86 (21,2)	17,1;25,3
	Legumbres	13 (3,2)	1,4;5,1
Número de alimentos (n=405)	Un alimento	68 (16,8)	13,0;20,6
	2 alimentos	122 (30,1)	25,5;34,7
	3 alimentos	96 (23,7)	19,4;28,0
	4 alimentos	62 (15,3)	11,7;18,9
	5 alimentos	37 (9,1)	6,2;12,1
	6 alimentos	9 (2,2)	0,7;3,8
	7 alimentos	11 (2,7)	1,0;4,4
Tipo de bebida (n=405)	Agua	189 (46,7)	41,7;51,6
	Bebidas alcohólicas	99 (24,4)	20,1;28,7
	Refrescos	80 (19,7)	15,7;23,7
	Zumos	32 (7,9)	5,1;10,6
	Lácteos	5 (1,2)	0,4;2,9
	Otras bebidas	5 (1,2)	0,4;2,9
Número de bebidas (n=405)	No toma ninguna	1 (0,2)	0,0;1,4
	Una bebida	398 (98,3)	96,9;99,7
	Dos bebidas	6 (1,5)	0,2;2,8

En los gráficos 13 y 14 se presenta la distribución de los alimentos y bebidas consumidos en cada ingesta.

**Gráfico 13. Distribución de los alimentos consumidos**



**Gráfico 14. Distribución de las bebidas consumidas**



Al analizar los alimentos y bebidas consumidos en cada comida, por sexo, si bien no hemos hallado diferencias significativas en casi ninguna de las variables, sí hemos observado que: En el desayuno, las mujeres consumen más frutas y cereales y beben más zumos. A media mañana ocurre igual y, además, los hombres consumen más pan y beben refrescos, mientras que las mujeres añaden también lácteos. En el almuerzo es donde únicamente se han encontrado diferencias significativas ( $p=0,00005$ ), de manera que las mujeres suelen tomar más frutas, hortalizas y huevos, mientras que los hombres incluyen más carne, pescado y pan; con respecto a la bebida, las mujeres tienden a consumir más agua y zumos, mientras que los hombres incluyen más las bebidas alcohólicas. En la merienda, las mujeres consumen más cereales y beben agua, mientras que los hombres toman pan y bollería, acompañándolos con zumos y lácteos con más frecuencia. En la cena es cuando más se igualan los patrones de alimentos consumidos entre hombres y mujeres, mientras que se siguen apreciando

diferencias, aunque no significativas, en la bebida, de manera que las mujeres cenar más con agua y los hombres con alguna bebida alcohólica. Dada la heterogeneidad de respuestas y la presencia de respuestas múltiples, distribuidas, además, en los cinco momentos de ingesta contemplados, se ha omitido la expresión de los resultados especificados en tablas o gráficos por sexo, debido a su extensión y complejidad.

Cuando se efectúa el mismo análisis, según la edad, observamos también ligeras diferencias, por tanto no significativas, en la mayoría de las variables entre los dos grupos considerados, de manera que: En el desayuno, los más jóvenes (25 a 34 años) efectúan una mayor ingesta de pan y beben lácteos, mientras que los mayores (35 a 44 años) consumen más frutas y cereales y beben más zumos. A media mañana, se observa el mismo patrón en la ingesta, pero los jóvenes añaden refrescos y los mayores bollería en mayor medida. En el almuerzo, los jóvenes suelen tomar más pescado y legumbres, acompañados de zumos y refrescos, mientras que el grupo de más edad consume más tubérculos y fritos, generalmente acompañados de alguna bebida alcohólica. En la merienda, los jóvenes consumen más cereales, zumos y refrescos, mientras que los mayores toman más frutas y pan y más lácteos. Por último, en la cena es donde únicamente se han encontrado diferencias significativas ( $p=0,001$ ) en cuanto a que los jóvenes toman más pescado y frutas, mientras que el grupo de mayor edad consumen tubérculos, huevos y pan con mayor frecuencia. También hay ligeras diferencias, ya no significativas, en el patrón de bebida, de manera que los jóvenes toman más refrescos y zumos y el grupo de mayor edad suele cenar con agua. Por la misma razón que en el caso del análisis por sexo, se han omitido las representaciones gráficas en cuanto a la ingesta de alimentos y bebida, en cada comida, según la edad.

El 61,4% de la muestra [IC95%:(56,5-66,2), 251 personas] refiere no haber seguido ningún tipo de dieta en los últimos seis meses. Quienes sí han hecho modificaciones en su ingesta nutricional habitual (37,7% de la muestra [IC95%(32,8-42,5), 154 personas] las han realizado fundamentalmente para



adelgazar (61,7%; [IC95%:(53,7-69,7) 95 personas]) y por problemas de salud (29,9%; [IC95%: 22,3-37,4; 46 personas]); manifestando el 8,4% [IC95%:(3,7-13,2), 13 personas] haberlas efectuado por otros motivos.

Por sexo (tabla 25), el 81% de los hombres no ha efectuado dieta en los últimos 6 meses, frente al 42,5% de las mujeres (p= 0,00005).

**Tabla 25. Cualitativas según sexo. Alimentación**

Variable		Hombre		Mujer		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Ingesta de alimentos al día (n=409)	Menos de 4	66 (32,2)	25,5;38,8	80 (39,2)	32,3;46,2	0,305
	Igual o superior a 4	139 (67,8)	61,2;74,4	124 (60,8)	53,8;67,7	
Ha realizado dieta en los últimos 6 meses (n=405)	Sí	39 (19,0)	13,4;24,6	115 (57,5)	50,4;64,6	0,00005
	No	166 (81,0)	75,3;86,6	85 (42,5)	35,4;49,6	

En el grupo de edad más joven, no han realizado dieta en los últimos 6 meses 70,1% [IC95%:(63,4-76,7), 138 personas] frente al 54,3% en el grupo de edad entre 35 y 44 años, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p=0,001), (tabla 26).

**Tabla 26. Cualitativas según edad. Alimentación**

Variable		25-34 años		35-44 años		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Ingesta de alimentos al día (n=409)	Menos de 4	77 (39,1)	32,0;46,2	69 (32,5)	26,0;39,1	0,271
	Igual o superior a 4	120 (60,9)	53,8;68,0	143 (67,5)	60,9;74,0	
Ha realizado dieta en los últimos 6 meses (n=405)	Sí	59 (29,9)	23,3;36,6	95 (45,7)	38,7;52,7	0,001
	No	138 (70,1)	63,4;76,7	113 (54,3)	47,3;61,3	

## V.6. Consumo de tóxicos

### V.6.1. Consumo de alcohol

El 87,0% [IC95%:(83,7; 90,4), 356 personas] refiere haber consumido alcohol en el mes anterior, siendo el patrón más habitual de consumo el de un día a la semana (29,1% [IC95%:(24,6; 33,6), 119 personas]), seguido de dos o tres días a la semana (23,5% [IC95%:(19,2; 27,7), 96 personas]). El 92,7% [IC95%: 89,9; 95,5, 330 personas] de los manifiestan haber bebido alcohol se consideran bebedores sociales. (Tabla 27).

**Tabla 27. Consumo de alcohol**

		n (%)	IC95%
Consumo de alcohol (n=409)	Ha consumido alcohol en los últimos treinta días	356 (87,0)	83,7;90,4
	No ha consumido alcohol en los últimos treinta días	53 (13,0)	9,6;16,3
Patrón de consumo (n=356)	2 o más veces al día	6 (1,7)	0,2;3,1
	Una vez al día	56 (15,7)	11,8;19,6
	4 a 6 días a la semana	40 (11,2)	7,8;14,7
	Dos o tres días a la semana	96 (27,0)	22,2;31,7
	Un día a la semana	119 (33,4)	28,4;38,5
	Menos de un día a la semana	39 (11,0)	7,6;14,3
Imagen social como bebedor (n=356)	Bebedor social	330 (92,7)	89,9;95,5
	Consumo de riesgo	5 (1,4)	0,5;3,2
	Consumo perjudicial	1 (0,3)	0,0;1,6
	Dependencia alcohólica	2 (0,6)	0,1;2,0
	No contesta	18 (5,1)	2,6;7,5

La edad de inicio en el consumo habitual de alcohol oscila entre 16 y 37 años siendo el promedio de 19 (3,1) años. Los hombres a los 18,3 (1,8) años y las mujeres a los 20 (4,1) años,  $p=0,036$ .

La frecuencia de consumo de unidades de alcohol, en el último fin de semana, (viernes noche a domingo noche), oscila entre 1 y 35. El 50% de los consumidores refiere tomar 6 (3; 10) o menos copas en el fin de semana.

Los que consumen alcohol toman habitualmente cerveza y combinados.

El consumo de cerveza en el fin de semana entre 0 y 15 vasos de cerveza. Un 50% de ellos, consumen 3 o menos cervezas, un 25% 2 o menos frente a otro 25% que consume 5 o más.

En relación a los combinados, el consumo en fin de semana oscila entre 0 y 12, consumiendo el 50%, 2 (1; 5) o menos en el fin de semana.

El 77,7% [IC95%:(73,3; 81,7), 317 personas] refiere haber bebido al menos una vez a la semana desde hace más de un mes.

El 2,9% de la población encuestada [IC95%:(1,2-4,7), 12 personas] había dejado de beber alcohol (hacía más de cinco años) fundamentalmente por consejo médico debido a problemas de salud (58,3% [IC95%:(27,7; 84,8) 7 personas].

En la tabla 28 se presenta el consumo de alcohol según sexo.

**Tabla 28. Consumo de alcohol según sexo**

Variable		Hombre		Mujer		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
¿Ha consumido alcohol en los últimos 30 días? (n=409)	No	15 (7,3)	3,5;11,1	38 (18,6)	13,0;24,2	0,001
	Sí	190 (92,7)	88,9;96,5	166 (81,4)	75,8;87,0	
Frecuencia de consumo de alcohol (últimos 30 días) (n=409)	2 o más veces al día	6 (2,9)	0,4;5,5	0 (0,0)	0,0;1,8	0,00005
	1 vez al día	46 (22,4)	16,5;28,4	10 (4,9)	1,7;8,1	
	4 o 6 días a la semana	25 (12,2)	7,5;16,9	15 (7,4)	3,5;11,2	
	Dos o tres días a la semana	54 (26,3)	20,1;32,6	42 (20,6)	14,8;26,4	
	Un día a la semana	46 (22,4)	16,5;28,4	73 (35,8)	29,0;42,6	
	Menos de un día a la semana	13 (6,3)	2,8;9,9	26 (12,7)	7,9;17,6	
	Nunca en los últimos 30 días	15 (7,3)	3,5;11,1	38 (18,6)	13,0;24,2	

Se ha encontrado una relación estadísticamente significativa ( $p=0,001$ ) entre el consumo de alcohol y el sexo; de manera que el 92,7% de los hombres [IC95%: 88,9; 96,5), 190 personas] consumen alcohol de manera regular, frente al 81,4% [IC95%:(77,8; 87,0), 166 personas] de las mujeres.

En cuanto al patrón de consumo, se han observado también diferencias significativas ( $p=0,00005$ ), puesto que el hombre bebe generalmente dos o tres días por semana, mientras que la mujer declara beber solo uno.

**Tabla 29. Consumo de alcohol según edad**

Variable		25-34 años		35-44 años		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
¿Ha consumido alcohol en los últimos 30 días? (n=409)	No	24 (12,2)	7,4;17,0	29 (13,7)	8,8;18,5	0,762
	Sí	173 (87,8)	83,0;92,6	183 (86,3)	81,5;91,2	
Frecuencia de consumo de alcohol (últimos 30 días) (n=409)	2 o más veces al día	1 (0,5)	0,0;2,8	5 (2,4)	0,8;5,4	0,00005
	1 vez al día	14 (7,1)	3,3;10,9	42 (19,8)	14,2;25,4	
	4 o 6 días a la semana	6 (3,0)	0,4;5,7	34 (16,0)	10,9;21,2	
	Dos o tres días a la semana	69 (35,0)	28,1;41,9	27 (12,7)	8,0;17,5	
	Un día a la semana	67 (34,0)	27,1;40,9	52 (24,5)	18,5;30,6	
	Menos de un día a la semana	16 (8,1)	4,1;12,2	23 (10,8)	6,4;15,3	
	Nunca en los últimos 30 días	24 (12,2)	7,4;17,0	29 (13,7)	8,8;18,5	

El consumo habitual de los hombres en el fin de semana oscila entre 1 y 35 copas (Tabla 30); el 50% toma 7 (3; 11) o menos copas, frente a las mujeres, donde el consumo oscila entre 1 y 20 copas, ingiriendo el 50% de ellas 4 (3; 7) o menos copas. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de las unidades de alcohol consumidas entre los hombres y las mujeres ( $p=0,00005$ ).

El 50 % de los hombres bebe 4 (2; 6) o menos vasos de cerveza, frente a las mujeres en las que el 50% de ellas toma 2 (0; 4) o menos, encontrándose

diferencias estadísticamente significativas en la distribución del consumo de cerveza en el fin de semana entre hombres y mujeres ( $p=0,00005$ ).

En relación con el consumo de combinados, el 50% de los hombres ha consumido 3 (1;5,3) o menos y el 50% de las mujeres 2 (1;3) o menos, no encontrándose diferencias por sexo ( $p=0,085$ ).

**Tabla 30. Hábitos de consumo de alcohol según sexo**

VARIABLES	HOMBRES						MUJERES						NS (p)
	N	Min	Max	X (DE)	IC95%	Me (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	N	Min	Max	X (DE)	IC95%	Me (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	
Cervezas en el último fin de semana	177	0	15	4,2 (2,8)	3,8;4,6	4 (2;6)	150	0	6	2,3 (1,9)	(2,0;2,6)	2 (0;4)	0,00005
Cervezas en el último mes	177	0	70	17,6 (11,9)	15,9;19,4	16 (8;24)	151	0	28	8,8 (7,6)	(7,6;10,1)	8 (0;12)	0,00005
Vasos de vino y espumosos en el último fin de semana	50	1	4	2,4 (0,9)	2,1;2,6	2 (2;3)	70	1	16	3,1 (2,3)	(2,6;3,7)	2 (2;4)	0,150
Vasos de vino y espumosos en el último mes	50	4	16	9,5 (3,8)	8,4;10,6	8 (8;12)	70	2	28	11,4 (6,7)	(9,8;13,0)	8 (8;16)	0,269
Copas de licores en el último fin de semana	44	1	10	2,3 (1,7)	1,8;2,8	2 (1;3,8)	32	1	7	2,2 (1,4)	(1,7;2,7)	2 (1;3)	0,991
Copas de licores en el último mes	44	4	40	9,2 (6,9)	7,1;11,3	8 (4;15,8)	35	2	30	8,6 (6,6)	(6,4;10,9)	6 (4;12)	0,463
Combinados en el último fin de semana	54	0	9	3,4 (2,4)	2,7;4,1	3 (1;5,3)	49	0	12	2,5 (2,0)	(2,0;3,1)	2 (1;3)	0,085
Combinados en el último mes	54	3	36	13,6 (9,6)	10,9;16,2	9 (5,5;2)	49	1	33	10 (7,2)	(7,9;12,1)	8 (4;12)	0,078
Unidades de alcohol en el último fin de semana	172	1	35	7,6 (5,1)	6,8;8,4	7 (3;11)	141	1	20	5,8 (4,6)	(5,0;6,6)	4 (3;7)	0,00005

La tabla 31 presenta el consumo de alcohol según grupos de edad. En ella, se puede apreciar que no existen diferencias significativas en la frecuencia de consumo de alcohol en el último mes entre los dos grupos de edad considerados ( $p=0,762$ ). Al observar el patrón de consumo, sí se aprecian diferencias significativas ( $p=0,0005$ ), puesto que el grupo de edad más joven es el que presenta un mayor porcentaje de consumo de alcohol, al menos, una vez por semana (79,7% [IC95%:(73,8;85,6), 157 personas] vs. 75,5% [IC95%:(69,4;81,5), 160 personas]); en cambio, el grupo de mayor edad es el que bebe diariamente con mayor frecuencia (22,2%; [IC95%:(16,3;28,0)], 47 personas vs. 7,6% [IC95%:(3,7;11,6), 15 personas]).

Se han encontrado también diferencias entre el grupo joven y el de más edad en el consumo de cerveza, combinados y edad de inicio de consumo de alcohol, como se puede observar en la citada tabla.

**Tabla 31. Hábitos de consumo de alcohol según edad**

VARIABLES	25-34 años						35-44 años						NS
	N	Min	Max	X (DE)	IC95%	Me (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	N	Min	Max	X (DE)	IC95%	Me (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	
Cervezas en el último fin de semana	168	0	12	3,8 (2,7)	3,4;4,2	3,0 (2,0;6,0)	159	0	15	2,9 (2,4)	2,5;3,3	2,0 (1,0;4,0)	0,002
Cervezas en el último mes	168	0	48	15,1 (11,1)	13,4;16,8	12,0 (8,0;24,0)	160	0	70	12,0 (10,9)	10,3;13,7	11,0 (4,0;16,0)	0,005
Vasos de vino y espumosos en el último fin de semana	34	1	16	2,9 (2,6)	2,0;3,9	2,0 (2,0;4,0)	86	1	8	2,7 (1,6)	2,4;3,1	2,0 (2,0;3,25)	0,612
Vasos de vino y espumosos en el último mes	33	4	16	10,1 (4,8)	8,4;11,8	8,0 (6,0;16,0)	87	2	28	10,8 (6,0)	9,5;12,0	8,0 (8,0;12,0)	0,587
Copas de licores en el último fin de semana	29	1	4	2,1 (1,2)	1,6;2,5	2,0 (1,0;3,0)	47	1	10	2,4 (1,8)	1,8;2,9	2,0 (1,0;2,0)	0,430
Copas de licores en el último mes	30	2	18	7,7 (4,9)	5,9;9,6	5,0 (1,0;3,0)	49	3	40	9,7 (7,6)	7,5;11,9	8,0 (4,0;10,5)	0,212
Combinados en el último fin de semana	64	0	12	3,7 (2,5)	3,1;4,3	3,0 (2,0;5,0)	39	0	6	1,8 (1,1)	1,45;2,1	2,0 (1,0;2,0)	0,01
Combinados en el último mes	64	1	36	14,3 (9,5)	11,9;16,6	12 (7,3;20,0)	39	4	30	8,0 (5,4)	6,2;9,7	8,0 (4,0;8,0)	0,01
Unidades alcohol último fin de semana	155	2	14	8,6 (4,1)	6,7;10,4	9,0 (5,8;12,0)	158	1	35	6,0 (8,0)	1,9;10,1	6,5 (2,0;9,0)	0,125
Edad inicio consumo alcohol	155	16	20	18,3 (2,0)	17,7;18,9	18,0 (17,0;18,5)	158	16	37	19,8 (3,9)	17,5;21,9	19,0 (18,0;20,0)	0,043



### V.6.2. Consumo de tabaco

El 47,4% [IC95%:(42,5; 52,4), 194 personas] refiere fumar en el momento de la entrevista (tabla 32). De los hombres el 47,8% [IC95%:(40,7;54,9), 98 personas] y de las mujeres el 47,0% [IC95%:(40,0;54,1), 96 personas]. Por grupos de edad, el 50,3% [IC95%:(43,0; 57,5), 99 personas] de los de 25 a 34 años declara fumar y en el grupo de más edad el 44,8% [IC95%:(37,9;51,7), 95 personas]. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por sexo ( $p=0,921$ ) ni grupos de edad ( $p=0,278$ ).

**Tabla 32. Consumo de tabaco**

Consumo de tabaco		n (%)	IC95%
Ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida (n=409)	Sí	262 (64,1)	59,3;68,8
	No	147 (35,9)	31,2;40,7
Actualmente fuma cigarrillos (n=409)	Sí	194 (47,4)	42,5;52,4
	No	215 (52,6)	47,6;57,5
Frecuencia actual del consumo de cigarrillos (n=194)	Fuma todos los días	130 (67,0)	60,1;73,9
	Fuma algunos días	64 (33,0)	26,1;39,9
En el último año ¿ha dejado de fumar? (n=208)	Sí	54 (26,0)	19,7;32,2
	No	154 (74,0)	67,8;80,2

La edad de inicio en el hábito tabáquico oscila entre los 11 y los 28 años, siendo el promedio de la misma de 15,8 (2,9) años. La media de edad de inicio de los hombres es de 16,0 (2,9) años frente a la de 15,6 (2,8) años de las mujeres ( $p=0,288$ ), como se puede apreciar en la tabla 33.

El número de cigarrillos consumidos al día oscila entre 0 y 40. El 50% consume 5 o menos cigarrillos al día. Un 25% no consume y otro 25% consume 12 o más cigarrillos diariamente. Por sexo, el 50% de los hombres consume 10 (2; 15) o menos cigarrillos al día, frente a las mujeres donde el 50% consume menos de 3 (0; 7) cigarrillos al día, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre la distribución del consumo de cigarrillos diario entre hombres y mujeres ( $p=0,00005$ ).

Por grupos de edad (Tabla 34), no se han encontrado diferencias ni en la cantidad de cigarrillos ni en el momento de inicio en el hábito.

**Tabla 33. Consumo de tabaco según sexo**

VARIABLES	HOMBRES						MUJERES						Nivel de significación (p)
	N	Min	Max	X (DE)	IC95%	Me (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	N	Min	Max	X (DE)	IC95%	Me (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	
Cantidad de cigarrillos al día	118	0	40	10,5 (10,7)	8,6;12,5	10 (2;15)	126	0	40	5,7 (8,7)	(4,2;7,3)	2,5 (0;7,3)	0,00005
Edad de inicio en el hábito tabáquico	107	11	26	16,0 (2,9)	15,5;16,6	16 (14;18)	111	11	28	15,6 (2,8)	(15,1;16,1)	15 (15;17)	0,288

**Tabla 34. Consumo de tabaco según edad**

VARIABLES	25-34 años						35-44 años						NS
	N	Min	Max	X (DE)	IC95%	Me (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	N	Min	Max	X (DE)	IC95%	Me (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	
Cantidad de cigarrillos al día	121	0	30	14,4 (13,4)	8,4;20,3	13,0 (2,0;28,5)	123	0	30	21,2 (16,3)	12,8;29,6	20,0 (2,0;30,0)	0,550
Edad de inicio en el hábito tabáquico	104	14	26	18 (2,5)	16,9;19,1	17,5 (16,8;20,0)	114	16	26	18,9 (2,9)	17,4;20,5	18,0 (16,5;20,0)	0,759

El 64,1% [IC95%: 59,3;68,8) de la muestra (262 personas)] ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida. El 67,0% [IC95%: 60,1;73,9; 130 personas] de las personas que fuman actualmente lo hace diariamente y un 33,0% [IC95%:(26,1;39,9), 64 personas] de manera ocasional.

El 26% de los fumadores [IC95%:(19,7;32,2), 54 personas] ha dejado de fumar en el último año (Tabla 32).

Al preguntar «¿hace cuánto tiempo que no fuma de manera habitual?», la mayoría (42,5% [IC95%:(32,9;52,0), 48 personas]) contesta que nunca lo hizo y, entre los que sí lo hacían, lo más frecuente (15,0% [IC95%:(8,0;22,1), 17 personas]) es que lo dejaran entre los últimos 5 y 10 años.

Se ha encontrado relación ( $p=0,00005$ ) entre el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, de forma que el 44,5% [IC95%:(31,6;49,4), 182 personas] de la población estudiada fuma y bebe alcohol de manera habitual. Por el contrario, el 10,0% [IC95%:(7,0;13,1), 41 personas] no fuman ni beben. El 93,8% [IC95%:(90,2;97,5), 182 personas] de los fumadores beben alcohol, mientras que el 80,9% [IC95%:(75,5;86,4), 174 personas] de los que no fuman beben. Esta relación se mantiene al estratificar por sexo, tanto en el caso de los hombres ( $p=0,002$ ) como de las mujeres ( $p=0,02$ ). Por grupo de edad, se ha encontrado esta relación en el grupo más joven ( $p=0,00005$ ) pero no en el mayor ( $p=0,316$ ).

### **V.6.3. Automedicación, empleo de remedios tradicionales y consumo de drogas ilegales**

El 90,7% de la muestra [IC95%:(87,8;93,6), 371 personas] se ha automedicado en los últimos seis meses (Tabla 35). Lo más frecuente es que lo hagan de manera esporádica (46,2% [IC95%:(41,3;51,2), 189 personas] y consuman 2 fármacos (63,3% [IC95%:(58,3;68,4), 235 personas]). Los medicamentos consumidos con mayor frecuencia son analgésicos (43,5%

[IC95%:(39,7;47,3), consumidos por 293 personas] y antiinflamatorios (36,8% [IC95%:(33,1;40,5), consumidos por 248 personas]).

**Tabla 35. Automedicación, empleo de remedios tradicionales y consumo de drogas ilegales.**

		n (%)	IC95%
Frecuencia de automedicación en los últimos seis meses (n=409)	Nunca	38 (9,3)	6,4;12,2
	Algunas veces	189 (46,2)	41,3;51,2
	La mayoría de las veces	86 (21,0)	17,0;25,1
	Siempre	96 (23,5)	19,2;27,7
Número de fármacos consumidos (n=371)	Uno	102 (27,5)	22,8;32,1
	Dos	235 (63,3)	58,3;68,4
	Tres	28 (7,5)	4,7;10,4
	Cuatro o más	6 (1,6)	0,2;3,0
Emplea remedios tradicionales (n=395)	Sí	84 (21,3)	17,1;25,4
	No	311 (78,7)	74,6;88,9
Consumo de drogas ilegales (n=409)	Sí	45(11,0)	7,8;14,2
	No	364(89,0)	85,8;92,1

El 1,3% de la muestra [IC95%:(17,1;25,4), 84 personas] dice utilizar remedios tradicionales por alguna enfermedad, antes de acudir al médico. Los hombres en un 11% [IC95%:(6,4;15,7)] y las mujeres en un 30,8% [IC95%:(24,2; 37,5)],  $p=0,00005$ . Por grupos de edad, los más jóvenes un 17,8% [IC95%:(12,1; 23,5)] y los de más edad en un 23,9% [IC95%:(17,9;29,9)], no encontrándose diferencias entre ambos grupos ( $p=0,132$ ).

El 11% de la muestra [IC95%:(7,8;14,2), 45 personas] consume algún tipo de droga ilegal, siendo las más frecuentes marihuana (42,9% [IC95%:(29,0;56,7), consumida por 24 personas] y hachís (35,7% [IC95%:(22,3;49,2), consumido por 20 personas]. El 22,2% [IC95%:(9,0;35,5), 10 personas] consumen 2 o más.

El 90,4% [IC95%:(85,5; 93,4), 370 personas] considera que el consumo de sustancias tóxicas o drogas no mejora el estado de salud ni contribuye al bienestar de las personas, frente a un 3,2% [IC95%:(1,4;5,0), 13 personas] que considera que sí; un 4,2% [IC95%:(2,1;6,2) 17 personas] no saben o no están seguros y el resto que no contestan.

En las tablas 36 y 37 se presentan los resultados por sexo y grupos de edad. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,00005$ ) en la proporción de hombres (19,2%) y mujeres (3,4%) que refieren haber consumido drogas ilegales en los últimos 6 meses, así como por grupos de edad ( $p=0,00005$ ). En el grupo más joven, refiere haberlas consumido el 19,9% y en el grupo de más edad el 3,3%.

**Tabla 36. Automedicación, empleo de remedios tradicionales y consumo de drogas ilegales según sexo**

Variable		Hombre		Mujer		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Se automedica (n=409)	Mayoría de las veces/Siempre	134 (65,4)	58,6;72,1	92 (45,1)	38,0;52,2	0,00005
	Nunca/Algunas veces	71 (34,6)	27,9;41,4	112 (54,9)	47,8;62,0	
Emplea remedios tradicionales (n=400)	Sí	22 (11,0)	6,4;15,7	62 (30,8)	24,2;37,5	0,00005
	No	177 (89,0)	84,3;93,5	139 (69,2)	62,5;75,8	
Consumo de drogas ilegales (n=407)	Sí	39 (19,2)	13,5;24,9	7 (3,4)	0,7;6,2	0,00005
	No	164 (80,8)	75,1;86,4	197 (96,4)	93,8;99,3	

**Tabla 37. Automedicación, empleo de remedios tradicionales y consumo de drogas ilegales según edad**

Variable		25-34 años		35-44 años		Nivel de significación (p)
		N (%)	IC95%	N (%)	IC95%	
Se automedica (n=409)	Mayoría de las veces/Siempre	179 (90,9)	86,6;95,1	192 (90,6)	86,4;94,7	0,195
	Nunca/Algunas veces	18 (9,1)	7,9;13,4	20 (9,4)	5,3;13,6	
Emplea remedios tradicionales (n=400)	Sí	34 (17,8)	12,1;23,5	50 (23,9)	17,9;29,9	0,132
	No	157 (82,2)	76,5;87,9	159 (76,1)	70,1;82,1	
Consumo de drogas ilegales (n=407)	Sí	39 (19,9)	14,1;25,7	7 (3,3)	0,7;6,0	0,00005
	No	157 (80,1)	74,3;85,9	204 (96,7)	94,0;99,3	

## V.7. Hábitos sexuales

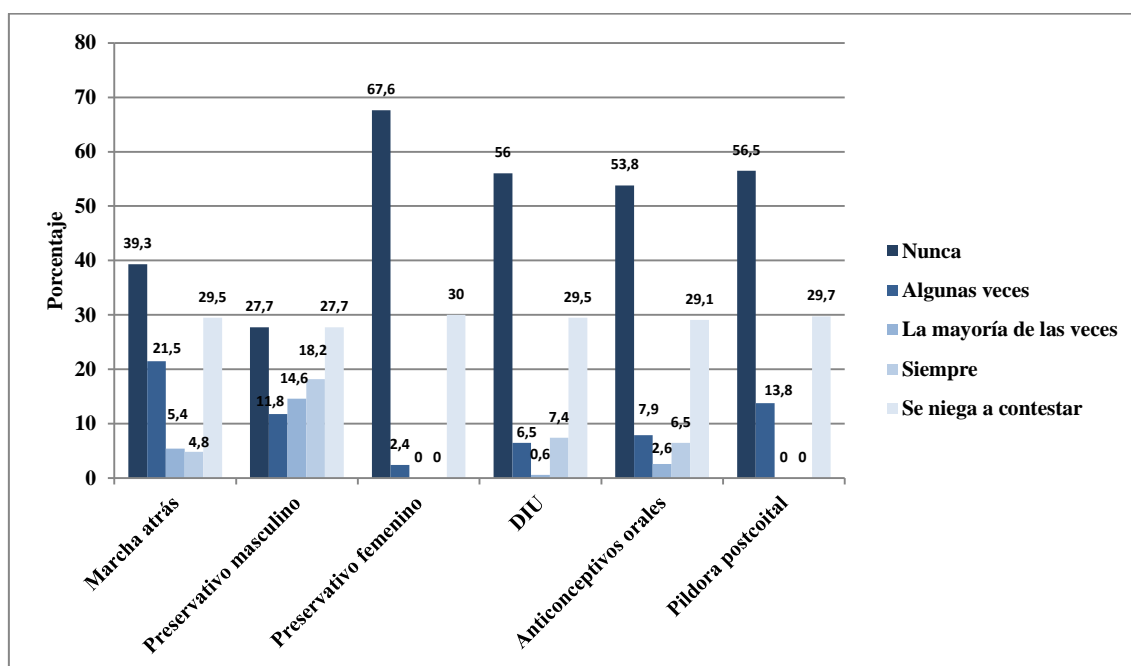
El 74,3% [IC95%:(70,0;78,7), 304 personas] refiere mantener relaciones heterosexuales.

Un 52,8% [IC95%:(47,8;57,8) 216 personas] dice utilizar algún método anticonceptivo. Un 59,4% [IC95%:(54,5;65,3), 243 personas] refiere no haber padecido ninguna infección de transmisión sexual (ITS). El 10% de la muestra [IC95%: 7,0-13,0; 41 personas] dice haberse realizado alguna vez la determinación de anticuerpos frente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), bien en sangre o en saliva. El 66,0% de las personas encuestadas [IC95%:(61,3;70,7), 270 personas] admite no haber asistido nunca a una consulta de planificación familiar.

**Tabla 38. Hábitos sexuales**

		n (%)	IC95%
<b>Orientación sexual (n=409)</b>	<b>No mantiene relaciones sexuales</b>	<b>35 (8,6)</b>	<b>5,7;11,4</b>
	<b>Mantiene relaciones heterosexuales</b>	<b>304 (74,3)</b>	<b>70,0;78,7</b>
	<b>Mantiene habitualmente relaciones sexuales con personas de su mismo sexo</b>	<b>43 (10,5)</b>	<b>7,4;13,6</b>
	<b>Mantiene habitualmente relaciones sexuales indistintamente con ambos sexos</b>	<b>12 (2,9)</b>	<b>1,2;4,7</b>
	<b>No contesta</b>	<b>15 (3,7)</b>	<b>1,7;5,6</b>
<b>Utiliza algún método anticonceptivo? (n=409)</b>	<b>Sí</b>	<b>216 (52,8)</b>	<b>47,8;57,8</b>
	<b>No</b>	<b>58 (14,2)</b>	<b>10,7;17,7</b>
	<b>Se niega a contestar</b>	<b>135 (33,0)</b>	<b>28,3;37,7</b>
<b>Antecedentes de ITS (n=409)</b>	<b>No ha padecido ninguna</b>	<b>243 (59,4)</b>	<b>54,5;64,3</b>
	<b>Ha padecido alguna</b>	<b>25 (6,1)</b>	<b>3,7;8,6</b>
	<b>Se niega a contestar</b>	<b>141 (34,5)</b>	<b>29,7;39,2</b>
<b>Tipo de ITS (n=25)</b>	<b>Candidiasis</b>	<b>7 (28,0)</b>	<b>8,4;47,6</b>
	<b>Condilomas acuminados</b>	<b>5 (20,0)</b>	<b>6,8;40,7</b>
	<b>Gonococia</b>	<b>4 (16,0)</b>	<b>4,5;36,1</b>
	<b>Herpes genital</b>	<b>2 (8,0)</b>	<b>1,0;26,0</b>
	<b>Sífilis</b>	<b>1 (4,0)</b>	<b>0,1;20,4</b>
	<b>No se especifica.</b>	<b>6 (24,0)</b>	<b>9,4;45,1</b>
<b>Asistencia a alguna consulta de planificación familiar (n=409)</b>	<b>Han acudido alguna vez</b>	<b>15 (3,7)</b>	<b>1,7;5,6</b>
	<b>No han acudido nunca</b>	<b>270 (66,0)</b>	<b>61,3;70,7</b>
	<b>Se niegan a contestar</b>	<b>120 (29,3)</b>	<b>24,8;33,9</b>
	<b>No saben o no están seguros</b>	<b>4 (1,0)</b>	<b>0,3;2,5</b>

**Gráfico 15. Tipo y frecuencia de los métodos anticonceptivos**



Por sexo (Tabla 39), se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,002$ ) en el uso de métodos anticonceptivos en general de forma que un 65,4% de los hombres hacen uso de ellos frente a un 40,2% de las mujeres, siendo estas diferencias mayores en el uso del preservativo, con unos porcentajes de uso del 51,2% y del 26,5% en hombres y mujeres, respectivamente ( $p=0,00005$ ). En cuanto al padecimiento de alguna ITS, el 7,8% de los hombres y el 4,4% de las mujeres refieren haber padecido alguna ( $p=0,0008$ ).

**Tabla 39. Hábitos sexuales según sexo**

Variable (n=409)		Hombre		Mujer		NS (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Uso de preservativo	Sí	105 (51,2)	44,1;58,3	54 (26,5)	20,2;32,8	0,00005
	No	44 (21,5)	15,6;27,3	55 (27,0)	20,6;33,3	
	No contestan	56 (27,3)	21,0;33,7	95 (46,6)	39,5;53,6	
Uso de métodos anticonceptivos en general	Sí	134 (65,4)	58,6;72,1	82 (40,2)	33,2;47,2	0,002
	No	22 (10,7)	6,2;15,2	36 (17,6)	12,2;23,1	
	No contestan	49 (23,9)	17,8;30,0	86 (42,2)	35,1;49,2	
Ha padecido alguna ITS	Sí	16 (7,8)	3,9;11,7	9 (4,4)	1,3;7,5	0,00005
	No	136 (66,3)	59,6;73,0	107 (52,4)	45,3;59,5	
	No contestan	53 (25,8)	19,6;32,1	88 (43,2)	36,1;50,2	

En la tabla 40 se presenta la distribución de los hábitos sexuales por grupos de edad. Se han encontrado diferencias entre el grupo más joven y el de mayor edad, de forma que tanto el uso de métodos anticonceptivos en general (64% y 42,5%), como el uso del preservativo en particular (52,8% y 25,9%) es superior en el grupo de 25 a 34 años que en el de mayor edad ( $p=0,00005$ ). El porcentaje de personas que refiere haber padecido una ITS en el grupo más joven (9,1%) es superior al del grupo de más edad (3,3%) ( $p=0,008$ ).

**Tabla 40. Hábitos sexuales según edad**

Variable (n=409)		25-34 años		35-44 años		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Uso de preservativo	Sí	104 (52,8)	45,6;60,0	55 (25,9)	19,8;32,1	0,00005
	No	31 (15,7)	10,4;21,1	68 (32,1)	25,6;38,6	
	No contestan	62 (31,5)	24,7;38,2	89 (42,0)	35,1;48,9	
Uso de métodos anticonceptivos en general	Sí	126 (64,0)	57,0;70,9	90 (42,5)	35,6;49,3	0,001
	No	19 (9,6)	5,3;14,0	39 (18,4)	12,9;23,8	
	No contestan	52 (26,4)	20,0;32,8	83 (39,1)	32,3;45,9	
¿Ha padecido alguna ITS?	Sí	18 (9,1)	4,9;13,4	7 (3,3)	0,7;5,9	0,008
	No	124 (63,0)	55,9;69,9	119 (56,1)	49,2;63,0	
	No contestan	55 (27,9)	21,4;34,4	86 (40,6)	33,7;47,4	

## V.8. Salud de la mujer

El 92,7% [IC95%:(88,8;96,5), 189 mujeres] afirma no estar embarazada en el momento de la encuesta. El 56,8% [IC95%:(49,8;63,9), 116 mujeres] lo estuvo anteriormente.

El 15,7% [IC95%:(10,4;20,9), 32 mujeres] dice haber tenido algún aborto, cinco de ellas refieren haber tenido más de uno y siete manifiestan que fueron provocados. El 27,5% [IC95%:(21,0;33,8); 56 mujeres] refiere haber acudido al ginecólogo en el último año.



**Tabla 41. Salud de la mujer**

(n=204)		n (%)	IC95%
¿Está embarazada actualmente?	Sí	15 (7,3)	3,5;11,2
	No	189 (92,7)	88,8;96,5
¿Estuvo embarazada anteriormente?	Nunca	85 (41,7)	34,6;48,7
	Una vez	40 (19,6)	13,9;25,3
	Dos veces	38 (18,6)	13,0;24,2
	Tres veces	28 (13,7)	8,8;18,7
	Cuatro veces	8 (3,9)	1,0;6,8
	Cinco veces	2 (1,0)	0,1;3,5
	No contesta	3 (1,5)	0,3;4,2
¿Ha tenido algún aborto?	Sí	32 (15,7)	10,4;20,9
	No	167(81,9)	76,3;87,4
	No contesta	5(2,5)	0,8;5,6
Asistencia a la consulta del ginecólogo	Fueron en el último año	56 (27,5)	21,0;33,8
	Hace un año, pero menos de dos	77 (37,7)	30,8;44,6
	Hace dos años, pero menos de tres	33 (16,2)	10,8;21,5
	Hace tres años, pero menos de cinco	26 (12,7)	7,9;17,6
	Hace más de cinco años	1 (0,5)	0;2,7
	No ha ido nunca	9 (4,4)	1,3;7,5
	No contesta	2 (1,0)	0,1;3,5

Por grupos de edad (tabla 42) se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,00005$ ) en todas las variables estudiadas. En relación con la paridad, predominan las nulíparas en el grupo más joven, siendo el porcentaje de primíparas y multíparas mayor en el grupo de 35 a 44 años. Las mayores refieren haber acudido más al ginecólogo que las más jóvenes.

**Tabla 42. Salud de la mujer según edad.**

Variable		25-34 años		35-44 años		Nivel de Significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Paridad** (n=204)	Ningún embarazo	60 (69,0)	58,7;79,3	26 (22,2)	14,3;30,2	0,00005
	Un embarazo	12 (13,8)	6,0;21,6	29 (24,8)	16,5;33,0	
	Dos o más embarazos	15 (17,2)	8,7;25,8	62 (53,0)	43,5;62,5	
Última visita al ginecólogo ** (n=204)	Últimos dos años	26 (29,9)	19,7;40,1	41 (35,1)	26,0;44,1	0,00005
	3 a 5 años o alguna vez	13 (14,9)	6,9;23,0	17 (14,5)	7,7;21,3	
	Nunca	48 (55,2)	44,1;66,2	59 (50,4)	40,9;59,9	
Realización de citología** (n=204)	Últimos dos años	33 (37,9)	27,2;48,7	68 (58,1)	48,8;67,5	0,00005
	3 a 5 años o alguna vez	14 (16,1)	7,8;24,4	42 (35,9)	26,8;45,0	
	Nunca	40 (46,0)	34,9;57,0	7 (6,0)	1,3;10,7	
Realización de mamografía ** (n=204)	Alguna vez	23 (26,4)	16,6;36,3	36 (30,8)	22,0;39,6	0,00005
	Nunca	64 (73,6)	63,7;83,4	81 (69,2)	60,4;78,0	

## **V.9. Pruebas de screening**

En lo relativo a los procedimientos diagnósticos el 77,0% de las mujeres [IC95%:(70,9;82,0), 157 mujeres] dijeron haberse realizado una citología alguna vez en su vida. En los últimos 2 años, se la realizó un 49,5% [IC95%:(42,2;56,6), 101 mujeres] y el 23,0% [IC95%:(17,0;29,1;), 47 mujeres] nunca se la habían hecho (Tabla 42).

El 28,9% de las mujeres [IC95%:(22,5;35,4), 59 mujeres] se habían realizado alguna vez una mamografía. De las que se la realizaron, el 50% fue en los últimos 12 meses. Un 25% en los últimos 6 meses y otro 25% hace más de 2 años.

No se han encontrado diferencias significativas al relacionar el nivel de estudios con la realización de citología ( $p=0,113$ ) ni de mamografía ( $p=0,628$ ) en la población femenina considerada.

El 6,8% [IC95%:(2,3;15,3), 5 hombres] de los hombres refiere haberse realizado alguna vez una prueba para detectar problemas de próstata (73 hombres).

## **V.10. Enfermedades crónicas**

Por lo que respecta a enfermedades crónicas, el 18,8% de la muestra [IC95%:(14,9;22,7), 77 personas] afirma medirse la glucosa en sangre varias veces por año; el 0,5% [IC95%:(0,1;1,8), 2 personas] lo hace prácticamente todos los días puesto que está diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 1 y sigue tratamiento farmacológico. Solo una de esas dos personas realiza otras conductas de salud relacionadas con la diabetes: alimentación, ejercicio y examen rutinario de los pies. Ninguno de ellos ha realizado cursos de educación diabetológica.

En relación con la hipertensión arterial, el 35,7% de la muestra [IC95%:(30,9;40,5) 146 personas] dice medirse la presión arterial varias veces por año, mientras que el 50,6% [IC95%:(45,6;55,6) 207 personas] no se la ha medido en

el último año. El 15,6% de la muestra [IC95%:(12;19,3), 64 personas] había sido diagnosticado de hipertensión, siguiendo tratamiento farmacológico el 60,9% de los mismos [IC95%:(48,2;73,7), 39 personas]. El 77,4% de las personas diagnosticadas de hipertensión [IC95%:(61,8;85), 47 personas] ha modificado sus hábitos alimenticios y el 40,6% [IC95%:(27,8;53,4), 26 personas] dice realizar ejercicio. El 14,7% de las mujeres de la muestra [IC95%:(9,6;19,8), 30 mujeres] había presentado hipertensión durante el embarazo.

Se ha explorado la posible relación entre la frecuencia de hipertensión declarada por la población de estudio y algunas variables conductuales, encontrándose respecto del consumo de alcohol ( $p=0,036$ ), la obesidad ( $p=0,003$ ) y situaciones estresantes ( $p=0,001$ ) pero no en el hábito de fumar ( $p=0,919$ ).

En la tabla 43 se presentan los resultados de las principales enfermedades crónicas por sexo. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, ( $p=0,035$ ), en la medición de la tensión arterial, de forma que el 53,2% [IC95%:(45,4-61,0),  $n=91$ ] de los hombres refiere no haberse medido la tensión arterial nunca, frente a un 63,7% [IC95%: (56,5-71,0),  $n=116$ ] de las mujeres.

Por lo que respecta al nivel de colesterol, el 86,1% [IC95%:(82,6;89,5), 352 personas] refiere habérselo revisado alguna vez; del mismo modo, el 15,2% [IC95%:(11,6;18,8), 62 personas].

**Tabla 43. Enfermedades crónicas según sexo**

Variable		Hombre		Mujer		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Medición de glucosa en sangre (n=348)	Nunca	140 (81,4)	75,3;87,5	131 (74,4)	67,7;81,2	0,165
	Alguna vez	32 (18,6)	12,5;24,7	45 (25,6)	18,8;32,3	
Alguna vez le han dicho que padecía diabetes (n= 409)	Sí	1 (0,5)	0,0;2,7	4 (2,0)	0,5;4,9	0,386
	No	204 (99,5)	97,3;100,0	200 (98,0)	95,0;99,5	
Medición de la tensión arterial (n=353)	Nunca	91 (53,2)	45,4;61,0	116 (63,7)	56,5;71,0	0,035
	Alguna vez	80 (46,8)	39,0;54,5	66 (36,3)	29,0;43,5	
Alguna vez le han dicho que padecía hipertensión (n= 409)	Sí	47 (22,9)	16,9;28,9	47 (23,0)	17,0;29,1	0,662
	No	158 (77,1)	71,1;83,1	157 (77,0)	70,9;83,0	
Medición del colesterol en sangre (n= 409)	Nunca	29 (14,1)	9,1;19,2	28 (13,7)	8,7;18,7	0,902
	Alguna vez	176 (85,9)	80,8;90,9	176 (86,3)	81,3;91,2	
Alguna vez le han dicho que padecía hipercolesterolemia (n= 407)	Sí	31 (15,2)	10,0;20,4	31 (15,3)	10,1;20,5	0,983
	No	173 (84,8)	79,6;90,0	172 (84,7)	79,5;89,9	

Por grupos de edad (tabla 44) se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la hipertensión (4,6% en el grupo más joven frente a 22,2% en el de más edad, (p=0,00005) y en la hipercolesterolemia (6,6% y 23,2% en el grupo joven y de más edad respectivamente (p=0,00005).

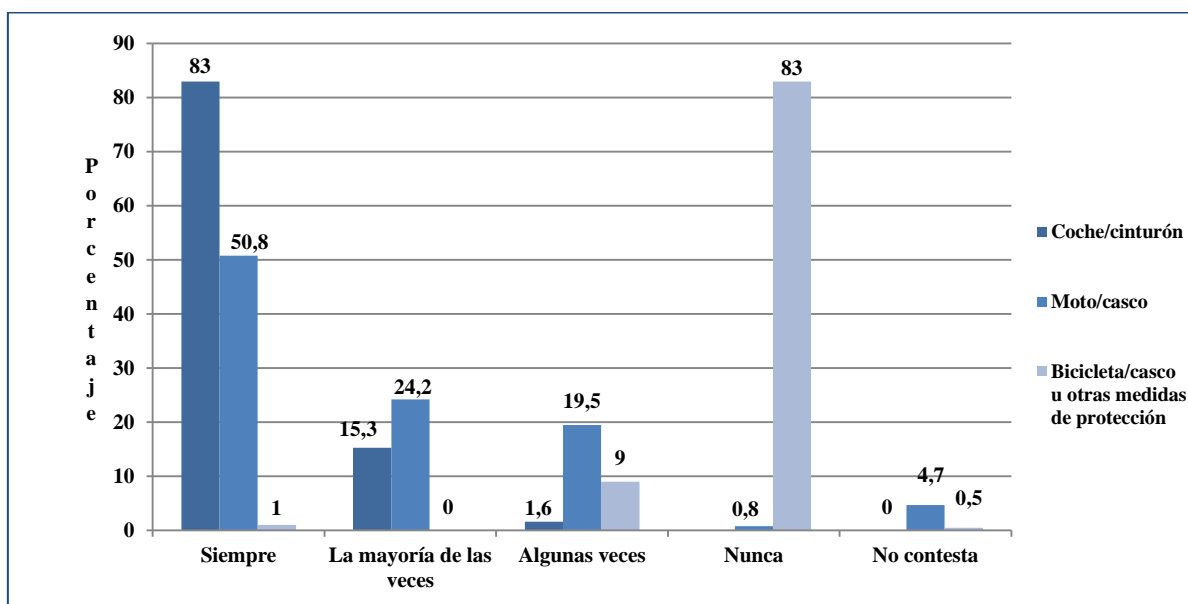
**Tabla 44. Enfermedades crónicas según grupos de edad**

Variable		25-34 años		35-44 años		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Medición de glucosa en sangre (n=348)	Nunca	130 (80,7)	74,3;87,1	141 (75,4)	69,0;81,8	0,246
	Alguna vez	31 (19,3)	12,9;25,7	46 (24,6)	18,2;31,0	
Alguna vez le han dicho que padecía diabetes (n= 409)	Sí	1 (0,5)	0,0;2,8	3 (1,4)	0,3;4,1	0,401
	No	196 (99,5)	97,2;100,0	209 (98,6)	95,9;99,7	
Medición de la tensión arterial (n=353)	Nunca	116 (76,3)	69,2;83,4	91 (45,3)	38,1;52,4	0,00005
	Alguna vez	36 (23,7)	16,6;30,8	110 (54,7)	47,6;61,9	
Alguna vez le han dicho que padecía hipertensión (n= 409)	Sí	9 (4,6)	1,4;7,7	47 (22,2)	16,3;28,0	0,00005
	No	188 (95,4)	92,3;98,6	165 (77,8)	72,0;83,7	
Medición del colesterol en sangre (n= 409)	Nunca	38 (19,3)	13,5;25,1	19 (9,0)	4,9;13,0	0,003
	Alguna vez	159 (80,7)	74,9;86,5	193 (91,0)	87,0;95,1	
Alguna vez le han dicho que padecía hipercolesterolemia (n=407)	Sí	13 (6,6)	2,9;10,4	49 (23,2)	17,3;29,2	0,00005
	No	183 (93,4)	89,6;97,1	162 (76,8)	70,8;82,7	

### V.11. Seguridad vial

La variable seguridad vial analiza, en primer lugar, las conductas preventivas de la muestra durante el último mes, relativas a la utilización del coche, motocicleta o bicicleta (gráfico 16).

**Gráfico 16. Medidas de protección empleadas por la muestra en el último mes según el medio de transporte**



En relación con la conducción de automóvil, el 89,5% de la muestra [IC95%:(86,4-92,6), 366 personas] ha viajado en coche como conductor o pasajero por ciudad, carretera o autopista durante el último mes. De ellas, 304 personas (83,1% [IC95%:(79,1-87,0)]) afirman ponerse el cinturón de seguridad siempre, 56 personas (15,3% [IC95%:(11,5-19,1)]) emplea dicha medida de seguridad la mayoría de las veces y seis personas (1,6% [IC95%:(0,2-3,0)]) algunas veces (Tabla 45).

**Tabla 45. Medidas de protección empleadas en el último mes según el medio de transporte**

		n (%)	IC95%
Coche/cinturón (n=366)	Siempre	304 (83,1)	79,1;87,0
	La mayoría de las veces	56 (15,3)	11,5;19,1
	Algunas veces	6 (1,6)	0,2;3,1
	Nunca	0 (0,0)	-
	No contesta	0 (0,0)	-
Moto/casco (n=128)	Siempre	65 (50,8)	41,7;59,8
	La mayoría de las veces	31 (24,2)	16,4;32,0
	Algunas veces	25 (19,5)	12,3;26,8
	Nunca	1 (0,8)	0,0;4,3
	No contesta	6 (4,7)	0,6;8,7
Bicicleta (n=100)	Siempre	1 (1,0)	0,0;5,4
	La mayoría de las veces	0 (0,0)	-
	Algunas veces	9 (9,0)	2,9;15,1
	Nunca	83 (83,0)	75,1;90,9
	No contesta	7 (7,0)	1,5;12,5

Cuando preguntamos por el uso de la motocicleta, el 31,3% [IC95%:(26,7-35,9), 128 personas] se ha montado en moto como conductor o pasajero por ciudad, carretera o autopista en el último mes. El 50,8% de estos [IC95%:(41,7-59,8), 65 personas] asegura ponerse siempre casco; el 24,2% [IC95%:(16,4-32) 31 personas] la mayoría de las veces, el 19,5% [IC95%:(12,3-26,8), 25 personas] algunas veces y el 0,8% [IC95%:(0-4,2), 1 persona] reconoce no ponérselo nunca. No contestan a esta pregunta seis personas (4,7% [IC95%:(0,6-8,7)]).

El 24,5% de la muestra ([IC95%:(20,2-28,7), 100 personas]) ha utilizado la bicicleta en el último mes, no haciendo nunca uso de medidas de protección el 83% [IC95%:(75,1-90,9), 83 personas].

El 14,2% de la muestra [IC95%:(10,7;17,7), 58 personas] reconoce haber conducido bajo los efectos del alcohol u otras drogas y el 3,9% [IC95%:(1,9;5,9), 16 personas] reconoce haber conducido un coche o moto en los últimos treinta días sin seguro.

No se han encontrado diferencias en el uso de medidas de protección durante la conducción en coche o moto por sexo (tabla 46) ni por grupos de edad (tabla 47).

**Tabla 46. Medidas de protección durante la conducción según sexo**

Variable		Hombre		Mujer		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Uso de cinturón de seguridad en coche (n=366)	Siempre	150 (81,1)	75,2;87,0	154 (85,1)	79,6;90,5	0,517
	La mayoría de las veces	31 (16,7)	11,1;22,4	25 (13,8)	8,5;19,1	
	Algunas veces	4 (2,2)	0,6;5,4	2 (1,1)	0,1;3,9	
Uso de casco en moto (n=122)	Siempre	28 (48,3)	34,5;62,0	37 (57,8)	44,9;70,7	0,193
	La mayoría de las veces	13 (22,4)	10,8;34,0	18 (28,1)	16,3;39,9	
	Algunas veces	17 (29,3)	16,7;41,9	9 (14,1)	4,8;23,4	

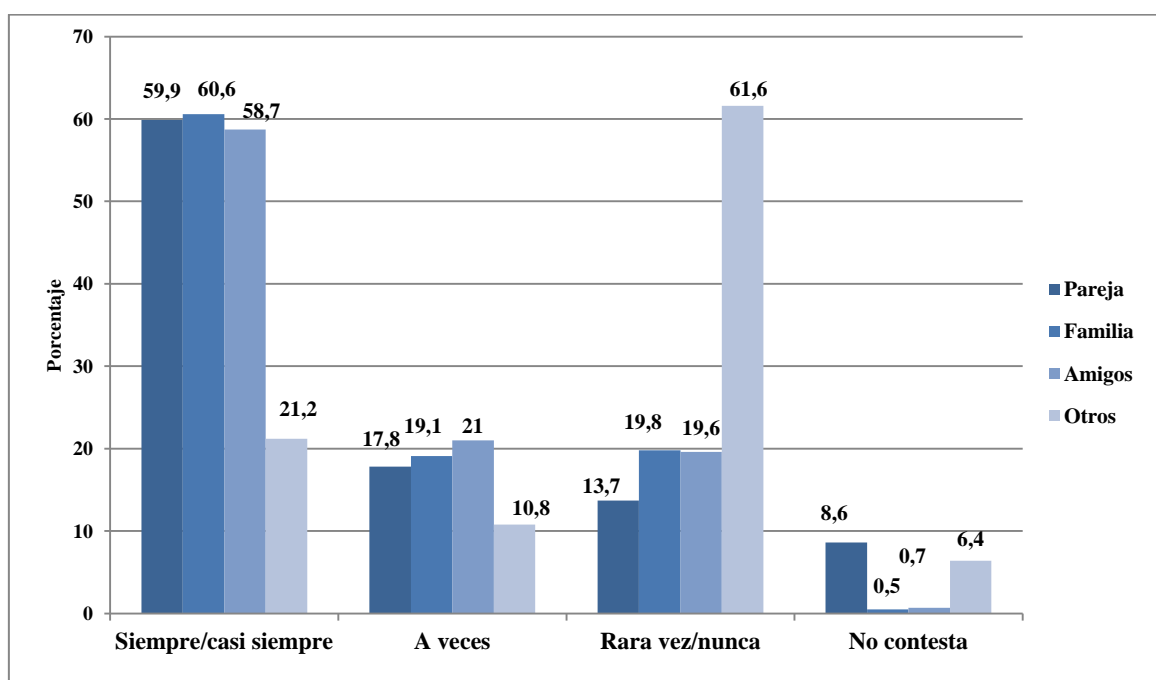
**Tabla 47. Medidas de protección durante la conducción según edad**

Variable		25-34 años		35-44 años		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Uso de cinturón de seguridad en coche (n=409)	Siempre	160 (81,2)	75,5;86,9	180 (84,9)	79,9;90,0	0,094
	La mayoría de las veces	34 (17,3)	11,7;22,8	28 (13,2)	8,4;18,0	
	Algunas veces	3 (1,5)	0,3;4,4	4 (1,9)	0,5;4,8	
Uso de casco en moto (n=409)	Siempre	99 (50,3)	43,0;57,5	121 (57,1)	50,2;64,0	0,712
	La mayoría de las veces	54 (27,4)	20,9;33,9	49 (23,1)	17,2;29,0	
	Algunas veces	41 (20,8)	14,9;26,7	42 (19,8)	14,2;25,4	
	Nunca	3 (1,5)	0,3;4,4	-	-	

## V.12 Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida

El 59,9% [IC95%:(55,0;64,8), 245 personas] refiere haber recibido siempre o casi siempre apoyo emocional de su pareja; un 60,6% [IC95%:(55,8;65,5) 248 personas] de su familia, el 58,7% [IC95%:(53,8;63,6) 240 personas] de sus amigos/as y el 21,2% [IC95%:(1,9;5,9) 16 personas] de otros (gráfico 17).

**Gráfico 17. Frecuencia de obtención de apoyo emocional**





En lo que respecta al nivel de satisfacción general de la persona con su vida, el 82,1% [IC95:(78,3-86,0), 331 personas] afirma estar satisfecha o muy satisfecha.

Por sexo (tabla 48), se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el apoyo recibido por la pareja ( $p=0,00005$ ), familia ( $p=0,00005$ ) y amigos ( $p=0,006$ ). De forma que el 18,1% de los hombres refiere no recibir apoyo de su pareja nunca, siendo este porcentaje del 3,4% en las mujeres. En relación con el apoyo recibido por la familia, el 9,8% de los hombres y el 1,0% de las mujeres perciben que nunca reciben apoyo. No reciben nunca apoyo de los amigos el 9,3% de los hombres y el 1,5% de las mujeres.

El 81,3% de los hombres y el 83% de las mujeres refieren encontrarse satisfechos o muy satisfechos con su vida ( $p=0,685$ ).

**Tabla 48. Apoyo recibido y grado de satisfacción con la vida según sexo**

Variable		Hombre		Mujer		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Apoyo de la pareja (n=409)	Siempre/Casi siempre	112 (54,6)	47,6;61,7	155 (76,0)	70,0;82,1	0,00005
	Algunas veces	56 (27,3)	21,0;33,7	42 (20,6)	14,8;26,4	
	Nunca	37 (18,1)	12,5;23,6	7 (3,4)	0,7;6,2	
Apoyo de la familia (n=409)	Siempre/Casi siempre	112 (54,6)	47,6;61,7	138 (67,6)	61,0;74,3	0,00005
	Algunas veces	73 (35,6)	28,8;42,4	64 (31,4)	24,8;38,0	
	Nunca	20 (9,8)	5,4;14,1	2 (1,0)	0,1;3,5	
Apoyo de los amigos (n=409)	Siempre/Casi siempre	113 (55,1)	48,1;62,2	129 (63,2)	56,4;70,1	0,006
	Algunas veces	73 (35,6)	28,8;42,4	72 (35,3)	28,5;42,1	
	Nunca	19 (9,3)	5,0;13,5	3 (1,5)	0,3;4,2	
Apoyo de otras personas (n=397)	Siempre/Casi siempre	49 (24,2)	18,1;30,4	38 (19,5)	13,7;25,3	0,048
	Algunas veces	21 (10,4)	5,9;14,8	23 (11,8)	7,0;16,6	
	Nunca	132 (65,4)	58,5-72,1	134 (68,7)	61,9;75,5	
Grado de satisfacción con su vida (n=403)	Muy satisfecho/ Satisfecho	165 (81,3)	75,7;86,9	166 (83,0)	77,5;88,4	0,685
	Insatisfecho/ Muy insatisfecho	38 (18,7)	13,1;24,3	34 (17,0)	11,5;22,4	

Por grupos de edad (tabla 49), los más jóvenes perciben un menor apoyo de la pareja ( $p=0,001$ ), familia ( $p=0,007$ ) y amigos ( $p=0,049$ ) que los del grupo

de más edad. No se han encontrado diferencias por grupos de edad en relación al grado de satisfacción con la vida ( $p=0,364$ ).

**Tabla 49. Apoyo recibido y grado de satisfacción con la vida según edad**

Variable		25-34 años		35-44 años		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Apoyo de la pareja (n=409)	Siempre/ Casi siempre	123 (62,4)	55,4;69,5	144 (67,9)	61,4;74,4	0,001
	Algunas veces	40 (20,3)	14,4;26,2	57 (26,9)	20,7;33,1	
	Nunca	34 (17,3)	11,7;22,8	11 (5,2)	2,0-8,4	
Apoyo de la familia (n=409)	Siempre/ Casi siempre	122 (61,9)	54,9;69,0	126 (59,5)	52,6;66,3	0,007
	Algunas veces	33 (16,8)	11,3;22,2	45 (21,2)	15,5;27,0	
	Nunca	42 (21,3)	15,3;27,3	41 (19,3)	13,8;24,9	
Apoyo de los amigos (n=409)	Siempre/ Casi siempre	127 (64,5)	57,5;71,4	113 (53,3)	46,4;60,3	0,049
	Algunas veces	41 (20,8)	14,9;26,7	45 (21,2)	15,5;27,0	
	Nunca	29 (14,7)	9,5;19,9	54 (25,5)	19,4;31,6	
Apoyo de otras personas (n=397)	Siempre/ Casi siempre	43 (22,4)	16,2;28,6	44 (21,5)	15,6;27,3	0,385
	Algunas veces	26 (13,6)	8,4;18,6	18 (8,8)	4,7;12,9	
	Nunca	123 (64,0)	57,0;71,1	143 (69,7)	63,2;76,3	
Grado de satisfacción con su vida (n=403)	Muy satisfecho/ Satisfecho	163 (84,0)	78,6;89,4	168 (80,4)	74,8;86,0	0,364
	Insatisfecho/ Muy insatisfecho	31 (16,0)	10,6;21,4	41 (19,6)	14,0;25,2	

Al considerar las variables del cuestionario que evidencian los estados de salud mental de la muestra encontramos que: el 12,7% [IC95% (9,4;16,1), 52 personas] se sintió nervioso con frecuencia en el último mes; el 11,2% [IC95% (8,1;14,4), 46 personas] se sintió triste y el 11,5% [IC95% (8,3;14,7), 52 personas] se sintió agitado con la misma intensidad y en el mismo período de tiempo. En la tabla 50, se expresan los resultados según el sexo. Como se puede apreciar, únicamente se han encontrado diferencias significativas ( $p=0,033$ ) al comparar la frecuencia con que las personas encuestadas decían sentirse agitadas, siendo las mujeres las que contestan frecuentemente en mayor porcentaje con respecto a los hombres.

**Tabla 50. Variables relacionadas con la salud mental según sexo**

Variable		Hombre		Mujer		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Se encontró nervioso (n=409)	Frecuentemente	20 (9,7)	5,4;14,1	32 (15,7)	10,4;20,9	0,085
	Alguna vez	149 (72,7)	66,3;79,0	136 (66,7)	59,9;73,4	
	Nunca	36 (17,6)	12,1;23,0	36 (17,6)	12,2;23,1	
Se encontró triste (n=409)	Frecuentemente	23 (11,2)	6,6;15,8	23 (11,3)	6,7-15,9	0,506
	Alguna vez	132 (64,4)	57,6;71,2	140 (68,6)	62,0;75,2	
	Nunca	50 (24,4)	18,3;30,5	41 (20,1)	14,3;25,8	
Se encontró agitado (n=409)	Frecuentemente	18 (6,8)	4,7;12,9	29 (14,2)	9,2;19,2	0,033
	Alguna vez	141 (68,8)	62,2;75,4	127 (62,3)	55,3;69,1	
	Nunca	46 (22,4)	16,5;28,4	48 (23,5)	17,5;29,6	

Por grupos de edad, se aprecian diferencias significativas ( $p=0,00005$ ) en todas las variables, de manera que el grupo de población más joven es el que contesta con mayor frecuencia que nunca se ha encontrado nervioso, triste o agitado en el último mes (Tabla 51).

**Tabla 51. Variables relacionadas con la salud mental según edad**

Variable		25-34 años		35-44 años		Nivel de significación (p)
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Se encontró nervioso (n=409)	Frecuentemente	21 (10,7)	6,1;15,2	31 (14,6)	9,6;19,6	0,00005
	Alguna vez	124 (62,9)	55,9;69,9	161 (75,9)	70,0;81,9	
	Nunca	52 (26,4)	20,0;32,8	20 (9,5)	5,3;13,6	
Se encontró triste (n=409)	Frecuentemente	16 (8,1)	4,1;12,2	30 (14,1)	9,2;19,1	0,00005
	Alguna vez	119 (60,4)	53,3;67,5	153 (72,2)	65,9;78,4	
	Nunca	62 (31,5)	24,7;38,2	29 (13,7)	8,8;18,5	
Se encontró agitado (n=409)	Frecuentemente	17 (8,6)	4,5;12,8	30 (14,1)	9,2;19,1	0,00005
	Alguna vez	114 (57,9)	50,7;65,0	154 (72,7)	66,4;78,9	
	Nunca	66 (33,5)	26,7;40,3	28 (13,2)	8,4;18,0	

### V.13. Hipotéticas Variables predictoras del nivel de salud percibida

Se ha efectuado un análisis multivariante mediante modelos de regresión logística para detectar variables predictoras de la percepción del estado salud. En el análisis estadístico, de carácter exploratorio, se han incluido como hipotéticas variables predictoras: el sexo, la edad, el nivel de estudios, si vive en pareja, si visitó al médico en el último año, horas promedio de sueño, número de ingestas

de comida al día, si realiza ejercicio, consumo de alcohol en el último mes, si fuma actualmente, consumo de drogas ilegales, automedicación, hipertensión arterial, colesterol, uso de métodos anticonceptivos, si recibe apoyo por parte de la pareja, familia o amigos y el grado de satisfacción con la vida.

En la tabla 52 se presenta el análisis de regresión logística univariante entre el nivel de salud percibido y las hipotéticas variables estudiadas. Se han encontrado estadísticamente significativas todas las variables a excepción del sexo, nivel de estudios, vivir en pareja, realizar ejercicio y el consumo de drogas ilegales. Entre aquellas variables que resultaron estadísticamente significativas cabe destacar que los que no fuman tienen 3,52 [IC95%:(1,94;6,39),  $p=0,00005$ ] veces más posibilidades de percibir su salud como buena/muy buena/excelente que los que fuman. Los que tienen un IMC normal o bajo tienen 6,91 [IC95%:(1,65;29,02),  $p=0,008$ ] veces más probabilidad de percibir su salud como buena/muy buena/excelente que los que presentan sobrepeso u obesidad; quienes están satisfechos con su vida tienen 8,81 [IC95%:(4,84;16,06),  $p=0,00005$ ] veces más posibilidades de percibir su salud como buena/muy buena/excelente que los que no lo están o que las personas que reciben algún tipo de apoyo tienen 18,52 [IC95%:(9,56;35,89);  $p=0,008$ ] veces más posibilidades de percibir su salud como buena/muy buena/excelente que los que no lo reciben, entre otras.

**Tabla 52. Análisis univariante de regresión logística.**  
**Relación entre el nivel de salud autopercebida y variables estudiadas**

Variable	OR	IC95%	Nivel de significación
<b>Sexo</b>			
Mujer	1		
Hombre	1,73	0,99;3,00	0,053
<b>Edad</b>			
35 a 44	1		
25 a 34	2,68	1,59;4,53	0,000
<b>Nivel de estudios</b>			
No universitarios	1		
Universitarios	1,40	0,80;2,44	0,239
<b>Vive en pareja</b>			
No	1		
Sí	1,19	0,68;2,08	0,544
<b>Médico último año</b>			
Sí	1		
No	7,14	3,70;12,50	0,000
<b>Horas promedio sueño</b>			
Menos de 7	1		
7 o más	1,88	1,52;2,31	0,000
<b>IMC</b>			
Obesidad o sobrepeso	1		
Normopeso	6,91	1,65;29,02	0,008
<b>Número ingestas día</b>			
Menos de 4	1		
4 o más	3,05	2,01;4,63	0,000
<b>Realiza ejercicio</b>			
No	1		
Sí	0,32	0,07;1,35	0,316
<b>Alcohol último mes</b>			
1 día o menos	1		
Más de un día	2,13	1,20;3,79	0,010
<b>Fuma actualmente</b>			
Sí	1		
No	3,52	1,94;6,39	0,000
<b>Drogas ilegales</b>			
Sí	1		
No	1,23	0,54;2,78	0,621
<b>Automedicación</b>			
Siempre o la mayoría	1		
Nunca o algunas veces	2,13	1,23;3,70	0,007
<b>HTA</b>			
Sí	1		
No	3,70	2,08;6,67	0,000
<b>Colesterol</b>			
Sí	1		
No	2,26	1,18;4,32	0,014
<b>Métodos anticonceptivos</b>			
No	1		
Sí	5,79	1,77;18,99	0,004
<b>Recibe apoyo</b>			
No	1		
Sí	18,52	9,56;35,89	0,000
<b>Apoyo pareja</b>			
No	1		
Sí	9,78	5,12;18,67	0,000
<b>Apoyo familia</b>			
No	1		
Sí	9,02	4,6;17,6	0,000
<b>Apoyo amigos</b>			
No	1		
Sí	13,89	6,43;30,38	0,000
<b>Satisfacción vida</b>			
Insatisfecho o muy insatisfecho	1		
Muy satisfecho o satisfecho	8,81	4,84;16,06	0,000

En la tabla 53 se presenta el modelo de regresión logística multivariante definitivo. Han quedado como hipotéticas variables predictoras del nivel de salud percibido, la edad, la visita al médico en el último año, las horas de sueño, el IMC, el número de ingestas al día, la automedicación, hipertensión, el apoyo recibido por parte de los amigos y el grado de satisfacción con la vida.

Los que refieren encontrarse muy satisfechos o satisfechos con la vida, tienen 4,33 [IC95%:(1,66-11,28); p=0,003] más posibilidades de percibir su salud como buena/muy buena/excelente que los que se encuentran insatisfechos o muy insatisfechos, controlando el resto de variables. Quienes presentan normopeso o bajopeso tienen 9,76 [IC95%: (1,32-72,51); p=0,026] más posibilidades de percibir su salud como buena/muy buena/excelente que quienes tienen sobrepeso u obesidad o que las personas que encuentran apoyo en los amigos tienen 14,25 [IC95%: 4,62-43,96; p=0,00005] más posibilidades de percibir su salud como buena/muy buena/excelente que los que no lo tienen, ajustando por el resto de variables.

**Tabla 53. Modelo de regresión logística multivariante.**  
**Relación entre el estado de salud autopercebida y las variables estudiadas**

Variable	OR	IC95%	Nivel de significación
<b>Edad</b>			
35 a 44	1		
25 a 34	7,26	2,03-25,96	0,002
<b>Médico último año</b>			
Sí	1		
No	6,80	2,71-17,05	0,000
<b>Horas promedio sueño</b>			
Menos de 7	1		
7 o más	1,47	1,05-2,04	0,023
<b>IMC</b>			
Sobrepeso u obesidad	1		
Normopeso o bajopeso	9,76	1,32-72,51	0,026
<b>Número ingestas día</b>			
Menos de 4	1		
4 o más	4,45	2,06-9,58	0,000
<b>Automedicación</b>			
Siempre o la mayoría de las veces Nunca o algunas	1 2,59	1,02-6,61	0,046
<b>HTA</b>			
Sí	1		
No	4,68	1,74-12,56	0,002
<b>Apoyo amigos</b>			
Alguna vez o nunca	1		
Siempre o casi siempre	14,25	4,62-43,96	0,000
<b>Satisfacción vida</b>			
Insatisfecho o muy insatisfecho	1		
Muy satisfecho o satisfecho	4,33	1,66-11,28	0,003

## **VI. DISCUSIÓN**





El conocimiento de las conductas que realizan las personas, en relación con la salud, es un elemento fundamental en el proceso enfermero, pues nos permite identificar situaciones de riesgo y es el punto de partida para la planificación de los cuidados y de los programas educativos, siendo ésta una de las estrategias fundamentales de las que disponen los profesionales de enfermería para hacer efectiva la promoción de la salud de la población a la que atienden. Igualmente, el modo en el que se adoptan estas conductas y los factores que influyen en las mismas son cuestiones indispensables que guiarán la práctica.

Este objetivo principal, que nos planteamos en nuestro trabajo, nos ha permitido obtener unos resultados que interpretaremos a continuación, confrontándolos con los encontrados en la bibliografía analizada, estructurando el análisis con la misma sucesión en la que se han producido.

### **VI.1. Características sociodemográficas de la población estudiada**

El grupo etario considerado (25 a 44 años) aglutina el mayor número de efectivos poblacionales de ambos sexos en la ciudad de Sevilla, representando en conjunto un tercio de la población total, al igual que ocurre en otras ciudades<sup>146</sup>. En la revisión bibliográfica realizada, la mayoría de los trabajos que exploran conductas de salud se centran, no obstante, en población adolescente o en población mayor, siendo escasos los estudios sobre población adulta joven, en una situación teórica inicial de salud y sin que se encuentren referidos a ningún factor de riesgo o proceso crónico concreto como enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad o cáncer, por mencionar los más frecuentes. Sin embargo, consideramos que la población adulta joven es una población diana idónea para identificar patrones de estilos de vida puesto que, en ella, ya se han consolidado determinados comportamientos en materia de salud y puede ser más fácilmente identificable la existencia de una posible variabilidad; además, aún no han aparecido la mayoría de los problemas de salud que se relacionan con los mismos y que suelen acontecer en edades superiores, por lo que podemos estar a tiempo de proponer correcciones en los mismos para que las actividades preventivas

pueden adquirir una mayor efectividad, al ser también más probable la sensación de vulnerabilidad en estas edades que en otras más precoces.

En nuestro trabajo, la mayoría de la población estudiada está soltera o casada y tiene estudios secundarios o superiores y universitarios. Estos datos están en consonancia con lo encontrado por González López<sup>53</sup> en nuestra misma ciudad, en población inmigrante, y por otros autores, tanto en España como en otros países, en distintos grupos<sup>16,18,36,155-160</sup>. El hecho de que exista un alto porcentaje de población con un nivel de estudios elevado contrasta con lo observado en otros trabajos<sup>13,161-163</sup>, lo que podría deberse a diferencias en la técnica de selección de la muestra o bien a que, como indican Friedman et al<sup>164</sup>, este tipo de estudios suele ser más atractivo para las personas «cooperadoras» o «voluntarias», que tienden a poseer un mayor nivel educativo y son más conscientes de todo lo relacionado con la salud, circunstancia ésta que puede afectar a la generalización de los resultados. En nuestro caso, algunas de las personas que, aparentemente, tenían un menor nivel de estudios, debido a su lugar de residencia y modo de interrelacionar con el investigador, rehusaron firmar el consentimiento informado y, por tanto, no participaron en el estudio.

Por lo que respecta a la situación laboral, la mayoría estaba trabajando en el momento de la entrevista, prevaleciendo la situación de empleado administrativo. En otros trabajos<sup>16,53,156,163</sup>, el porcentaje de personas empleadas supera también al de las que no tienen empleo, en ocasiones en mayor medida que lo encontrado en nuestro trabajo, si bien, a excepción del realizado por González López<sup>53</sup>, no suele figurar el sector en el que desempeñan su actividad laboral. En el caso de este autor, la mayoría de los trabajadores de su serie estaban empleados en el sector servicios, dado que la población era latinoamericana, al igual que observamos en un trabajo previo con población inmigrante china en nuestra ciudad<sup>51</sup>.

En relación con el entorno familiar, la mayoría posee una vivienda en propiedad, compartida por 4 personas y consideran que sus características son aceptables pues no estiman que les perjudique su salud. En la mayoría de los

trabajos revisados no consta este dato, si bien consideramos que se debería recoger cuando queramos efectuar una evaluación de los estilos de vida de la población y una evaluación de la salud autopercebida, ya que está plenamente reconocido que las características de la vivienda pueden influir de manera notoria en la salud de sus ocupantes<sup>165-167</sup>. Tanto el régimen como la ocupación y percepción que la población autóctona tiene sobre la vivienda contrastan con lo obtenido en otros trabajos realizados en Sevilla en población inmigrante. Así, tanto la población latinoamericana como la china suelen ocupar viviendas alquiladas, que comparten con cinco o más ocupantes y la mayoría considera que las condiciones de las mismas influyen notablemente en su salud<sup>51,53</sup>.

El conocimiento de las condiciones socioeconómicas se realiza, en nuestro caso, a través de una pregunta indirecta como es la preocupación por determinados aspectos económicos. Nos llama la atención que un 40% de la población estudiada no manifieste ninguna preocupación; posiblemente, si efectuéramos la entrevista en los momentos actuales obtendríamos un porcentaje muy inferior, dadas las circunstancias. La forma en que se pregunta por estos aspectos económicos hace que difícilmente podamos establecer una comparación con otros trabajos revisados en los que se contempla este dato, puesto que suelen preguntar por el nivel de ingresos, incluyendo en la mayoría de los casos personas con un buen nivel socio-económico en porcentajes que oscilan entre el 49 y el 61%<sup>15,160</sup>. No obstante, nuestra experiencia previa nos ha llevado a preferir esta manera de aproximarnos al nivel socio-económico, dada la tendencia a ocultar el verdadero dato o, simplemente, a no responder a la pregunta<sup>168,169</sup>.

## **VI.2. Nivel de salud autopercebida y calidad de vida**

La valoración del nivel de salud autopercebida, a pesar de ser un dato eminentemente subjetivo, ha demostrado ser un buen indicador del nivel de salud de la población, puesto que se correlaciona con la morbi-mortalidad y con la utilización que se realiza del sistema sanitario<sup>170-176</sup>. Un meta-análisis de la asociación entre mortalidad y la autovaloración del estado de salud, como variable única evaluada, encontró que las personas que expresaban un estado de

salud «pobre», tienen un riesgo de mortalidad dos veces más alto que las personas que declaraban un estado de salud “excelente”, concluyéndose que una medida única, que puede ser obtenida de forma rutinaria en poco tiempo, es apropiada para medir la salud en poblaciones grandes<sup>177,178</sup>. En nuestro estudio, la gran mayoría de la población tenía una alta valoración del nivel de salud percibida, lo que posiblemente se debe al estrato de edad elegido para nuestra investigación, dado que esta valoración es mejor en el grupo más joven. Esta alta valoración también se ha encontrado en los trabajos realizados con población inmigrante de la misma edad, en nuestra ciudad<sup>51,53</sup> y en los correspondientes a otras ciudades españolas, tanto en población española como extranjera<sup>176,179-181</sup>.

En diversos estudios<sup>180,182-187</sup>, al igual que ha ocurrido en el nuestro, la autopercepción del nivel de salud es peor valorada por las mujeres que por los hombres. Sus autores han concluido que este hecho se debe, entre otros factores, a que la mujer suele ser cuidadora principal de personas, familiares o no, que padecen diferentes grados de dependencia en mayor medida que los hombres, como ha sucedido también en nuestro estudio, aunque la frecuencia difiere con otros trabajos debido al estrato de edad y al procedimiento de selección de la muestra puesto que, en nuestro caso, no se ha incluido específicamente el hecho de ser cuidador como variable de selección de la misma.

Aguilar-Palacio et al<sup>187</sup> encuentran una fuerte asociación entre el nivel de salud autopercebida y el nivel educativo, especialmente en mujeres, concluyendo que, en este caso, confluyen dos fenómenos: por un lado, la existencia de una peor salud diagnosticada, lo que implica una peor salud percibida y, por otro lado, factores como un menor apoyo social o unas peores expectativas sobre su atención, que pueden incrementar la mala percepción de las mujeres de nivel educativo bajo sobre su salud. En nuestro estudio, también hemos encontrado que las mujeres con menor nivel de estudios tienen una peor percepción de su estado de salud con respecto a los hombres. La autopercepción del nivel de salud es también diferente según el nivel socio-económico<sup>184,188,189</sup>, sin embargo, en nuestro trabajo, no hemos encontrado relación alguna.

El IMC es otra variable que se relaciona igualmente con el estado de salud autopercibida, de manera que las personas que tienen un mayor IMC suelen valorar peor su nivel de salud. En nuestro estudio también se ha encontrado relación entre ambas variables. No obstante, un posible inconveniente es que, tanto el peso como la talla, se obtienen por autodeclaración de la persona entrevistada, debido a las dificultades para obtener una medición objetiva, dado que la mayoría de las entrevistas se ha realizado en la calle o en otros contextos ajenos a una consulta y, por tanto, no se ha podido realizar la misma. Sin embargo, la obtención del IMC por autodeclaración es una práctica frecuente en la bibliografía consultada<sup>190-193</sup>. El porcentaje de personas con sobrepeso u obesidad, en nuestro estudio, se nos antoja elevado, aunque está dentro de los intervalos publicados previamente por Aranceta y cols<sup>5</sup>, siendo Andalucía una de las comunidades en que mayor es la prevalencia de obesidad<sup>5,179</sup>. El estudio ENRICA<sup>176</sup> concluyó que el 62% de la población mayor de 18 años tenía exceso de peso, siendo mayor la prevalencia en las mujeres y conforme se avanzaba en los estratos de edad. Los datos aportados por la última Encuesta Nacional de Salud española<sup>194</sup> muestran que las prevalencias de obesidad y sobrepeso continúan en línea ascendente en los últimos años, estimándose una prevalencia conjunta de obesidad y sobrepeso en la población mayor de 18 años residente en España del 52,7%, por lo que podemos decir que constituyen, sin duda, un importante problema de salud.

La obesidad ha ido incrementando en todos los países, doblándose la prevalencia entre 1980 y 2014. En este último año, el 11% de los hombres y el 15% de las mujeres de todo el mundo se consideran obesos, o lo que es lo mismo, más de quinientos millones de personas adultas. La prevalencia más alta de sobrepeso y obesidad la registra la Región de las Américas (61% en ambos sexos) y la más baja el Sudeste Asiático (22%). En Europa y el Mediterráneo oriental, cerca del 50% de las mujeres tienen sobrepeso. En general, en todas las regiones, las mujeres tienden a ser más obesas que los hombres, incrementándose también la prevalencia conforme mayor es el nivel de ingresos del país<sup>195</sup>.

El impacto que tiene el exceso de peso en la morbi-mortalidad de la población quedó claramente establecido en la segunda mitad del siglo XX, cuando la OMS<sup>196</sup>, a partir de las numerosas evidencias publicadas, estableció que un IMC  $> 21\text{kg/m}^2$  se asociaba con el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, enfermedad isquémica del corazón, accidente cerebrovascular, enfermedad hipertensiva, osteoartritis, cáncer de mama, de colon, de endometrio y de riñón. Las mujeres que presentan sobrepeso-obesidad, tras la menopausia, son las que acumulan los mayores niveles de riesgo relativo y atribuible para factores de riesgo cardiovascular<sup>197</sup>. De igual manera, estimaba unas medidas de carga de enfermedad, a través de los DALYs (*Disability-adjusted life years*)\*, que se cifraban en 30 millones en 2000, con unas predicciones de notable incremento para 2030 a nivel mundial. Es por ello, que la población debe conocer, y desde la administración se debe potenciar, el programa de Consejo Dietético establecido en las consultas de enfermería en Atención Primaria, ya que es este uno de los elementos que mayor repercusión va a tener en la calidad de vida.

La calidad de vida de nuestra muestra aparentemente es buena, con escasos días en que la salud física y/o mental fuesen malas, de forma similar a lo encontrado en población inmigrante<sup>51,53</sup> aunque, en nuestro caso, los días de buena salud fueron ligeramente superiores. Posiblemente, tal y como defienden otros autores, existen estresores específicos ligados al fenómeno migratorio que hacen que el riesgo de desarrollar problemas de salud sea mayor en personas extranjeras. Nuestros resultados no difieren grandemente de los obtenidos en la ciudad de Madrid<sup>180,181</sup> y en otras comunidades españolas<sup>179</sup>, aunque en algunos casos, como ocurre en la Encuesta Nacional de Salud, el límite de tiempo por el que se pregunta difiere (dos semanas vs. 30 días).

Las personas encuestadas presentan un patrón de sueño cercano a las 8 horas diarias; no obstante, un cuarto de la muestra considera que no durmió lo suficiente. Nuestros resultados son similares a los obtenidos en la ciudad de

---

\* Los DALYs combinan los años potenciales de vida perdidos (APVP) más los años vividos con discapacidad (AVD) dentro del proceso salud enfermedad. Un DALY representa la pérdida de un año que equivale a un año de completa salud, o equivalente a la pérdida de un año 100% saludable <sup>198</sup>.

Madrid (si bien en esta ciudad han empeorado algo los resultados en la última encuesta publicada con respecto a la anterior, ya que se ha incrementado ligeramente el porcentaje de personas de ambos sexos que consideran que no duermen lo suficiente)<sup>180,181</sup> y en el conjunto de España (aunque la media de 7,4 horas de sueño publicada se refiere a población de 15 y más años)<sup>182</sup>. Diversos autores han estudiado la correlación entre los hábitos de sueño y los problemas de salud. Así, Ayala et al.<sup>199</sup> sugieren que tanto el exceso como la falta de sueño están asociados con cuatro indicadores del estado de salud, como son obesidad, escaso ejercicio físico, enfermedades crónicas y problemas de salud mental. Otros autores han concluido en sus trabajos que un déficit de horas de sueño y un sueño de baja calidad se relacionan con un mayor riesgo de consumo de alcohol<sup>200</sup>, accidentes de tráfico<sup>201</sup>, estrés y depresión<sup>202</sup>, obesidad<sup>203</sup>, diabetes tipo 2<sup>204</sup>, hipertensión arterial y calcificación de arterias coronarias<sup>205</sup> e incluso con mayor susceptibilidad al resfriado común<sup>206</sup> en diversos grupos poblacionales, de ahí la importancia de conocer los patrones de sueño de la población y enfatizar, en los programas de promoción de la salud y preventivos, la necesidad de dormir al menos 8 horas y que este sueño sea sin interrupciones y reparador.

### **VI.3. Uso de los servicios sanitarios**

Como se ha indicado antes, el nivel de salud autopercibida condiciona igualmente la utilización de los servicios sanitarios<sup>175</sup>. En nuestro trabajo, la mayor parte de la población estudiada conoce cuál es su centro de salud y ha acudido a la consulta médica o de enfermería en los últimos cinco años, generalmente, a la primera. Estos datos contrastan con los obtenidos en población inmigrante en nuestra ciudad, donde el nivel de conocimiento del centro de salud y frecuentación de las consultas es menor, tanto en población china<sup>51</sup> como latinoamericana<sup>53</sup>, siguiendo una tendencia similar a lo que ocurre en otras ciudades españolas, ya que la población autóctona hace un mayor uso de los servicios sanitarios que la población inmigrante<sup>207-212</sup>. El porcentaje de personas

que no ha acudido nunca a consulta es similar a lo publicado en esta y otras comunidades autónomas<sup>179</sup>.

La mayoría de las visitas a la consulta médica fueron realizadas por presentar alguna alteración relacionada con el aparato respiratorio y por alguna enfermedad infecciosa o parasitaria. No se ha podido contrastar si estos motivos están en consonancia con las principales causas de morbilidad en el grupo de población estudiado, que originan las visitas al médico en nuestra comunidad autónoma y en nuestro país, ya que las estadísticas publicadas no suelen consignar este dato. Dichas estadísticas incluyen el para qué: «diagnóstico y tratamiento», pero no el por qué<sup>179,213,214</sup>. Cuando ofrecen cifras de morbilidad por enfermedades, estas se suelen circunscribir a diferentes procesos crónicos, generalmente en población adulta de mayor edad que la de nuestra muestra; de ahí también que los procesos crónicos hayan tenido una escasa presencia en nuestra serie.

Cuando exploramos las visitas a la enfermera, además de mostrar un porcentaje inferior a los de la visita al médico, los tres motivos fundamentales por los que la mayoría ha acudido se relacionan con los llamados «servicios comunes» (extracción sanguínea, inyectable, curas), evidenciando especialmente la faceta digamos más técnica de la enfermera. Son muy bajas las cifras de quienes acuden a programas preventivos o para recibir Educación para la Salud. Entendemos que esta circunstancia puede deberse a diversos factores: por un lado, la juventud de la muestra que hace que aún no sean los clientes habituales de la consulta de enfermería, más destinada a los programas de enfermedades crónicas; por otro, la escasa información de este segmento de la población sobre los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que, muchas veces erróneamente, se entienden pensados para población adulta madura o personas senescentes; y, por último, al desconocimiento del papel de la enfermera por parte de esta población en particular, y de la sociedad en general, que sigue atribuyendo a la enfermera un papel eminentemente relacionado con cuestiones técnicas y desconoce el amplio papel, especialmente en el campo de la



atención primaria, que actualmente tienen las enfermeras. Esta es una asignatura pendiente que tiene la propia profesión de enfermería, que no debe relajarse en su trabajo por darse a conocer, y la administración sanitaria, que ni siquiera incluye a la enfermera cuando pregunta a la ciudadanía sobre las visitas a distintos profesionales sanitarios en las distintas estadísticas de salud<sup>179-181,214</sup> y, además, no se le atribuye el importante papel que tiene en el campo de la promoción y la prevención, campos de la salud pública, por otra parte, usualmente desconocidos por la población, y aún más, por la más joven.

#### **VI.4. Actividad física en el trabajo y ejercicio físico en tiempo libre**

Incluimos en nuestro cuestionario las dos facetas que mejor pueden evidenciar el grado de sedentarismo en la población y que suelen recoger las encuestas de salud en nuestro país. El porcentaje de población que desempeña un trabajo que requiere escasa actividad física ha sido alto en nuestro estudio, esperable dadas las ocupaciones mayoritarias de las personas encuestadas. Nuestra cifra (80,1%) es algo inferior a las ofrecidas por las encuestas de salud en Andalucía (82,5%) en el mismo estrato de edad<sup>214</sup> y en España (82,6%), en población de 25 a 64 años<sup>182</sup>. Posiblemente, las diferencias estén relacionadas con la ocupación de las personas encuestadas pero, en todo caso, no son significativas como para que podamos establecer ninguna hipótesis al respecto. Sí coincidimos plenamente en la tendencia mostrada, tanto en relación con el sexo como con la edad. En nuestro trabajo, al igual que en las encuestas referenciadas, la actividad física moderada o intensa en el trabajo es mayor en los hombres y en las edades más jóvenes.

Por lo que respecta a la actividad física en los momentos de ocio o tiempo libre, el porcentaje de personas que no realiza ningún tipo de ejercicio, o no lo realiza de manera regular (algo más del 20%) es similar al que establece la encuesta de salud andaluza (25,3%) en el mismo rango de edad<sup>214</sup> e inferior a los de la encuesta española (en torno al 30-35%) en la población adulta de 18 a 49 años<sup>182</sup>, o del 36,68% de la población adulta (15+ años) publicado más recientemente<sup>194</sup>. Estudios realizados en España<sup>161,176,180,215-217</sup> y otros

países<sup>18,190,218-221</sup> en población adulta, en los últimos años, obtienen entre un 18 y un 80%.

Es difícil poder realizar una adecuada comparación, dada la extrema variabilidad en cuanto a: tramos de edad considerados; maneras de medir esta variable, puesto que existen varios cuestionarios y escalas específicos para ello, adaptados a diferentes edades, concretamente para personas adultas los más utilizados son: la adaptación del *Paffenbarger Physical Activity Questionnaire* (PPAQ)<sup>222</sup>, el *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ)<sup>223</sup> y su versión *Global Physical Activity Questionnaire* (GPAQ)<sup>224</sup>, la escala *Self Report Habit Index* (SRHI)<sup>225</sup> o la Escala de Autoeficacia para la Actividad Física<sup>226</sup>, además de apartados específicos en cuestionarios de salud general, como las ya citadas Encuestas de Salud<sup>182,214</sup>, el SF-36<sup>227</sup> o el propio BRFSS<sup>16</sup>; así como por la ausencia de una definición estandarizada de sedentarismo<sup>161</sup>, lo que hace que se incluyan diferentes frecuencias y tiempos de realización de determinados ejercicios físicos, distintas intensidades, diversas actividades e incluso, en muchos casos, no se identifica la conducta sedentaria mediante la medición del tipo de ejercicio o su frecuencia o su intensidad, sino a través de las horas que una persona pasa viendo la televisión o sentada ante una computadora, como en la amplia revisión llevada a cabo por Rhodes et al<sup>228</sup>.

Los trabajos de prevalencia referenciados, al igual que ha sucedido en nuestro caso, evidencian el hecho de que son los hombres y las personas de menor edad quienes presentan una conducta menos sedentaria. Coincidimos con Artazcoz et al<sup>229</sup> en que «las diferencias de género en la actividad en el tiempo de ocio pueden explicarse por patrones culturales que fomentan más la actividad deportiva entre los hombres, pero también por las limitaciones de tiempo relacionadas con la doble jornada en las mujeres ocupadas». Es evidente que las mujeres trabajadoras que además tienen carga doméstica disponen de menos tiempo para realizar ejercicio en su escaso tiempo de ocio, y esto es así, independientemente de otras variables como puede ser la clase social<sup>36</sup>. Por lo que respecta a la edad, la tendencia observada es que las personas más

sedentarias son las de edades comprendidas entre 40 y 64 años. La menor inactividad corresponde a las personas más jóvenes y el sedentarismo va incrementándose conforme aumenta la edad<sup>36,161,180,183,214,230,231</sup>, si bien las personas mayores de 65 años muestran un porcentaje de inactividad incluso menor que el de las personas veinteañeras; esto puede deberse a una mayor disponibilidad de tiempo libre y a la asunción del ejercicio como una conducta promotora de salud en las personas mayores<sup>36</sup>.

A excepción de los trabajos efectuados con población inmigrante en Sevilla<sup>51,53</sup>, no existen datos al respecto de otros estudios en nuestra ciudad similares al realizado, por lo que no podemos interpretar las cifras encontradas con una perspectiva de tendencia, de manera similar a lo establecido por Redondo et al<sup>161</sup> en Gerona, por el estudio SIVFRENT-A en Madrid<sup>180,181</sup> o por la encuesta nacional<sup>194</sup>. Analizando los datos ofrecidos por la encuesta andaluza de salud<sup>214</sup>, apreciamos que el sedentarismo en el trabajo ha aumentado en Andalucía en 2011-12 frente a 1999 (86,2 vs. 85,8%), que ha aumentado también en el segmento de edad de 25-44 años (82,5 vs. 81,6%) y que el mayor crecimiento se ha producido en Sevilla (91,7 vs. 88,9%), pero no sabemos si ha crecido o no en el grupo de edad considerado en nuestra ciudad. En relación con la actividad física en los momentos de ocio, el sedentarismo ha disminuido considerablemente en la población general andaluza (26,8 vs. 53,7%), en el grupo etario considerado en nuestro estudio (25,3 vs. 51,0%) y en Sevilla (30,6 vs. 62,1%) pero, al igual que anteriormente, no hemos obtenido los datos específicos de nuestro estrato poblacional en Sevilla, aunque es posible suponer, en ambos casos, que se hayan podido seguir las tendencias consideradas.

Está claramente probada la relación entre sedentarismo y morbi-mortalidad<sup>231</sup>; específicamente, existe una relación causal entre inactividad física y enfermedad isquémica cardíaca, accidente cerebrovascular isquémico, diabetes tipo 2, cáncer de colon y de mama, como demuestra el meta-análisis llevado a cabo por Bull et al<sup>232</sup>; además de múltiples evidencias de una consistencia variable respecto de otros problemas como cáncer de recto y de próstata, dolor

lumbar, osteoartritis, osteoporosis, obesidad, ansiedad y depresión. Por ello, son muchas las ventajas que tiene el ejercicio físico sobre la salud, incidiendo en todos los aparatos y sistemas de nuestra anatomo-fisiología<sup>230-236,237</sup>, por lo que la realización de una actividad física sistemática y de cierta intensidad se considera un factor de protección y de prevención de múltiples trastornos, tanto a nivel físico como psicológico<sup>238,239</sup>. Igualmente, la mayoría de los programas, identifican como una conducta saludable la natación, el ciclismo recreativo o caminar a paso ligero al menos 30 minutos al día<sup>231,240</sup>, siendo esta la actividad que más frecuentemente indican las personas de nuestro estudio que han manifestado realizar algún tipo de actividad física.

Del mismo modo, algunos autores<sup>241</sup> han demostrado que las personas que realizan ejercicio físico de manera regular tienen también una mejor percepción del nivel de salud, circunstancia que no ha sucedido en nuestro caso.

## **VI.5. Alimentación**

Numerosos estudios relacionan la alimentación con diversos problemas de salud, por lo tanto es una conducta que se suele explorar para poder identificar si un estilo de vida es o no saludable. La manera en que se investiga es también heterogénea, pues existen autores que preguntan el número de veces en semana que se consumen determinados productos, qué se ha comido en la última semana o en el último día, como es nuestro caso.

La mayoría de la población encuestada realiza cuatro ingestas al día: desayuno, a media mañana, a mediodía y cena, descendiendo el porcentaje de quienes también meriendan. Es de destacar que un 21% de la muestra no desayune, cifra muy elevada, si comparamos nuestros datos con el 3,2% obtenido por González López<sup>53</sup> en población latinoamericana residente en Sevilla, pero inferior a la encontrada por Ribas-Barba et al.<sup>242</sup> en Cataluña.

El pan es el alimento más consumido, ya que aparece en todas las tomas del día, acompañado por lo general de bollería y algún lácteo en las comidas no principales. A la hora del almuerzo y la cena, los alimentos proteicos

acompañados de verduras y hortalizas son los protagonistas, eligiéndose preferentemente la carne para la comida de medio día y el pescado para la cena. Los lácteos aparecen como la bebida más consumida en desayuno, toma de media mañana y merienda, mientras que el agua es la bebida que suele acompañar a almuerzo y cena en mayor medida, aunque también es frecuente el consumo de refrescos y bebidas alcohólicas. La ingesta de frutas es escasa en todas las ingestas del día, por lo que se puede inferir que hay un grupo importante de población que no cumple con los requerimientos deseables en cuanto al número de porciones de frutas y verduras que se deben consumir diariamente, si bien no podemos cuantificarlo al no haber sido este el tipo de pregunta incluido en el cuestionario. Un tercio de la población ha consumido alimentos fritos el día anterior al de la encuesta, empleándose esta forma de cocinar especialmente en la cena.

Por lo que respecta al lugar donde se realizan las ingestas, lo más habitual es que se desayune, almuerce, meriende y cene en casa, siendo éste el lugar mayoritario para la cena, dejando únicamente para la calle la ingesta a media mañana.

Este patrón, tanto en los alimentos como en el lugar en que se toman, es similar a lo observado en otros grupos poblacionales en nuestra ciudad<sup>51,53</sup> y también en otras ciudades andaluzas<sup>214,243</sup> y españolas<sup>176,180-182,242,244,245</sup>. El consumo de carne es alto, el de frutas escaso, los refrescos presentan un porcentaje nada despreciable y los fritos adquieren predominancia por la noche. Podríamos decir que es un modelo que nos aleja de la llamada «dieta mediterránea» tradicional, originando lo que algunos autores denominan «dieta mediterránea evolucionada»<sup>176</sup> y que no está exento de riesgos. El consumo excesivo de carne está implicado en algunos problemas de salud como diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y, por ello, en la mortalidad, específicamente la carne roja<sup>246-250</sup>, aunque en el cuestionario empleado en este estudio no se ha preguntado específicamente por el grado de consumo de la misma.

Lock et al<sup>251</sup> realizaron un profundo análisis de las evidencias existentes en relación con la implicación que tiene un bajo consumo de frutas y verduras sobre la salud, cuantificando el efecto protector que tiene la ingesta de 80gr/día de frutas y verduras sobre la enfermedad isquémica cardíaca, el accidente cerebrovascular isquémico y diversos tipos de cáncer como el de pulmón, gástrico, colorrectal y esofágico y estimaron una mortalidad mundial atribuible al inadecuado consumo de frutas y verduras de 2,726 millones de defunciones o 26,662 millones de *disability-adjusted life years* (DALYs) al año.

También las bebidas azucaradas y aquellas dietéticas «sin azúcar», que conocemos de manera global como refrescos tienen una implicación negativa sobre la salud, fundamentalmente en la obesidad, diabetes y otros factores de riesgo cardio-metabólicos, como han demostrado algunos estudios<sup>252-255</sup>. Por todo ello, es importante enfatizar en los mensajes educativos relacionados con la alimentación la necesidad de disminuir el consumo de carne y refrescos e incrementar el de pescado y frutas, en nuestra población. Realmente, son mensajes que deberían extenderse también a otras poblaciones españolas, habida cuenta de que los datos publicados de la última Encuesta Nacional de Salud evidencian que, entre 2011 y 2014, el consumo de frutas y verduras por parte de las personas mayores de 15 años tiende a disminuir<sup>194</sup>.

Es difícil establecer comparaciones con otros países, ni siquiera europeos, puesto que son limitados los que disponen de sistemas de vigilancia del estado nutricional de la población que incluyan la realización periódica de encuestas individuales para evaluar las tendencias en el consumo y el impacto de las políticas desarrolladas en base a resultados previos<sup>242</sup>. Además, como se ha puesto de manifiesto anteriormente, la heterogeneidad metodológica dificulta enormemente la comparación.

El adelgazamiento ha sido el motivo principal por el que casi el 40% de la muestra ha realizado alguna dieta en los últimos seis meses, especialmente las mujeres. En otras encuestas que exploran los estilos de vida en nuestro país y los factores determinantes de la salud, el porcentaje de personas que hacen dieta es

más bajo: el 11%, en la encuesta de salud a nivel nacional<sup>213</sup>, aunque en un segmento etario más amplio, el 12% en el estudio ENRICA<sup>176</sup> o el 17,7 a 21,3% en los estudios SIVFRENT-A en la Comunidad de Madrid<sup>180,181</sup>, pero coincidimos en el hecho de que son las mujeres las que más realizan dietas y también en que el motivo principal, tanto en uno como en otro sexo, es para adelgazar. En nuestro caso, este hecho está en consonancia con el elevado porcentaje de sobrepeso encontrado en las personas encuestadas en nuestro trabajo.

## **VI.6. Consumo de tóxicos**

### **VI.6.1. Consumo de alcohol**

El consumo de alcohol constituye un serio problema de salud pública, al considerarse un factor de riesgo primordial de enfermedad, representando una de las principales causas de muerte por enfermedades relacionadas (neoplasias, problemas neuro-psiquiátricos, enfermedades cardiovasculares y gastrointestinales) y accidentes<sup>256-267</sup>, y de años de vida perdidos por discapacidad<sup>262,266,268</sup>. Además, el consumo excesivo se relaciona con un mayor riesgo para padecer otros procesos, como fracturas por baja densidad ósea; enfermedades infecciosas, entre las que destacan: tuberculosis, neumonías e infecciones de transmisión sexual; problemas perinatales; produce interacciones con otras drogas y medicamentos, pudiendo modificar sus efectos y tener consecuencias peligrosas o letales; e igualmente se ha comprobado que empeora o favorece las complicaciones en diabetes y psoriasis<sup>269-273</sup>. Pero, además de los problemas individuales, el consumo tiene también importantes consecuencias familiares (malas relaciones de pareja, violencia doméstica, maltrato infantil, negligencia de cuidados), escolares, laborales (absentismo laboral, baja productividad), económicos y comunitarios (ruidos, molestias, robos, conductas sexuales violentas y no protegidas, peleas, etcétera.), que afectan tanto a la persona que bebe como a otras de su entorno. Sin olvidar que los problemas por alcohol implican unos costes económicos importantes, debidos en su mayoría a pérdidas de productividad<sup>273</sup>.

En nuestro trabajo, el porcentaje de personas encuestadas que beben habitualmente, es decir, al menos una vez a la semana, ha sido inferior al publicado en el informe sobre consumo de alcohol de la Encuesta Nacional de Salud<sup>274</sup> (38,3%), si bien datos publicados posteriormente<sup>194</sup>, cifran en el 36,77% de la población mayor de 15 años dicho consumo habitual. En todos los casos, se observan diferencias en el consumo según el sexo, siendo manifiestamente superior en los hombres, al igual que sucede en nuestro estudio. Coincidimos también en el tipo de alcohol consumido, siendo lo habitual que se beba cerveza, dejándose los combinados para el fin de semana, especialmente en el caso de los más jóvenes. Scholz et al.<sup>275</sup>, en el estudio DiSA realizado en la Universidad Miguel Hernández, encuentran un 46,6% de bebedores moderados en su serie integrada por personas de 17 a 35 años, aunque el porcentaje de bebedores de cerveza y vino fue bajo, siendo en mayor medida bebedores de combinados y otras bebidas de alta graduación.

Datos publicados en el último Informe sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España<sup>276</sup>, correspondientes al Programa de Encuestas sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), muestran una prevalencia media de consumo de alcohol en los últimos 30 días del 64,4%, inferior a la encontrada en nuestro trabajo, aunque el rango de edad es más amplio (15-64 años) y no diferencia entre personas españolas y extranjeras. Observando los datos del informe, desagregados por grupos de edad y sexo, se aprecia que las cifras de prevalencia son mayores en el grupo de 15 a 34 años que en el de 35 a 64 y también ocurre lo mismo en el grupo de hombres respecto de las mujeres, de manera similar a lo encontrado en nuestro estudio.

Trabajos previos con población latinoamericana<sup>53</sup> y china<sup>51</sup> en nuestra ciudad y en el mismo grupo poblacional que estamos estudiando, han revelado datos de consumo en el último mes del 54,7% y del 29% respectivamente, significativamente inferiores que en la población autóctona. Galán et al<sup>277</sup> evidencian igualmente diferencias entre la población española y las nacidas en el extranjero. Por tanto, podemos decir que se aprecian diferencias en las



prevalencias de consumo relacionadas con elementos socioculturales que, con una alta probabilidad, pueden estar igualmente condicionando las discrepancias que se observan con aquellos trabajos e informes que publican cifras de prevalencia generales, cuando no se realiza una segmentación de la población estudiada.

El porcentaje de población estudiada que refiere beber a diario, en nuestro trabajo (15,2%) es similar a lo publicado en el territorio nacional en población mayor de 15 años (15,06%)<sup>194</sup>, aunque superior al 13,8% obtenido por otros autores<sup>277</sup>. España, según los últimos informes publicados<sup>278,279</sup>, y pese a que se ha producido un ligero descenso en los últimos años, duplica prácticamente la tasa mundial media de consumo de alcohol (11, 2 vs. 6,2 l./persona y año) y se sitúa ligeramente por encima de la media europea (10,9 l./persona y año). La cerveza es la bebida preferida, de manera similar a lo que ocurre en algunos países del norte y centroeuropeos como Alemania, Austria, Bélgica, Chequia, Finlandia, Holanda, Hungría, Irlanda, Islandia, Lituania o Reino Unido, entre otros; por el contrario, en otros países del entorno mediterráneo como Andorra, Croacia, Francia, Grecia, Italia y Portugal la más frecuente es el vino y en la mayoría de los países de las extintas Unión Soviética y Yugoslavia, Albania o Bulgaria, lo más frecuente es el consumo de bebidas espirituosas, al igual que sucede a nivel mundial. Esto nos acerca, como indican Galán et al<sup>277</sup> al perfil de países actualmente en transición.

Nuestra población estudiada incrementa el consumo en el fin de semana, al igual que se observa en los trabajos ya referenciados; en este caso, aunque continúan las diferencias por sexo en lo que respecta al consumo de cerveza y vino, se van igualando en el consumo de combinados y bebidas de alta graduación, de manera similar a lo encontrado por otros autores, tanto en España<sup>276,280,281</sup> como en otros países<sup>258,259,264,265,278,282-285</sup>.

Hay trabajos que relacionan el elevado consumo de bebidas alcohólicas de alta graduación en cortos períodos de tiempo (una sesión de bebida), buscando rápidos efectos psicoactivos – denominado consumo de atracón, o *binge*

*drinking*, o HED, *heavy episodic drinking* –, especialmente el fin de semana, con un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, problemas gastrointestinales o cáncer, el desarrollo de conductas sexuales de riesgo, así como con un incremento de la mortalidad por diferentes causas, entre las que se incluyen también las debidas a accidentes de tráfico y las externas consecuencia de la violencia<sup>261,265,286-295</sup>. Existe un gradiente con respecto al sexo y a la edad, dado que son los hombres más jóvenes los que tienen una mayor ingesta y, por tanto, un mayor riesgo<sup>194,292,294,295,296,297</sup>.

No obstante, es difícil efectuar una adecuada comparación, al igual que ocurre con otras variables, debido, por un lado a diferencias conceptuales y, por otro, a elementos de índole metodológica. A nivel conceptual, porque, tal y como opinan Galán et al.<sup>277</sup> no existe consenso en su definición operativa, que debería incluir al menos la cantidad de alcohol consumida y el período de referencia. Una de las más empleadas es la del *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos que lo considera «el consumo 5 o más bebidas (hombre), o 4 o más (mujeres) en alrededor de dos horas»<sup>298</sup>, que es la aplicada, en España, en la encuesta EDADES<sup>276</sup>. Sin embargo, hasta ahora, la OMS ha utilizado la definición de «60 g. o más de alcohol puro en una única ocasión al menos mensualmente»<sup>278</sup>. En España (excepto en el caso referenciado), y en otros países mediterráneos, se ha ampliado la referencia temporal, dado que el consumo regular social es mayor que en otros lugares. Así, Soler-Vila et al.<sup>299</sup> han empleado como definición: «la ingesta de  $\geq 80$  g. de alcohol en los hombres ( $\geq 60$  g. en las mujeres) durante cualquier ocasión de beber en el mes anterior». Galán et al.<sup>277</sup> utilizan una definición de binge drinking como «el consumo de  $\geq 6$  bebidas estándar en un intervalo de cuatro a seis horas en el caso de los hombres y  $\geq 5$  en las mujeres, en los últimos 12 meses (una bebida estándar contiene 10 g. de alcohol)». Esta heterogeneidad, condicionará, lógicamente, las prevalencias publicadas. Por otro lado, este tipo de consumo ha comenzado a incluirse en las encuestas recientemente, por lo que no existen datos suficientes como para poder realizar una estimación de la tendencia en nuestro país. En nuestro caso, dado

que no se encontraba recogido como tal en el instrumento metodológico utilizado en el período de estudio, no podemos efectuar una cuantificación cuantitativa del mismo, al igual que ocurría en otras comunidades que empleaban el SIVFRENT-A, antes de modificarlo<sup>181</sup>.

Según el Grupo de Trabajo sobre Alcohol de la Sociedad Española de Epidemiología<sup>300</sup>, además de los problemas anteriores, al no disponer de tablas estandarizadas con el volumen y contenido alcohólico de los distintos tipos de bebidas alcohólicas existentes, resulta complejo conocer la graduación alcohólica y/o el volumen exacto consumido de cada bebida, debido a las importantes variaciones regionales de ambos factores, tanto a nivel nacional como internacional. Para intentar evitar esas discrepancias, a la hora de cuantificar la cantidad de alcohol ingerida, se prefiere emplear el concepto de «unidad de bebida estándar» (UBE) que facilita la estimación de la cantidad de alcohol consumida, asignando 1 UBE al alcohol contenido en bebidas fermentadas (cerveza, vino, espumosos) y 2 UBEs a la mayoría de destilados, excepto el carajillo o los licores afrutados, cuyo menor volumen y/o graduación los harían equivalentes a las fermentadas. Por esta razón, está incluida esta variable en el cuestionario utilizado en nuestro estudio, pero aun así, es difícil efectuar una estimación y comparación que evidencien la realidad del consumo puesto que, como indican también otros autores<sup>300</sup>, la limitación más importante cuando se pregunta por el consumo de alcohol es que la respuesta es por autodeclaración y, además, indagamos por un hábito social que, aunque muy arraigado, tiene importantes connotaciones negativas que consideramos aún mayor tradicionalmente en el caso de las mujeres y, por lo tanto, es complicado obtener información veraz sobre el consumo de alcohol real.

La edad de inicio en el consumo, en nuestro trabajo, es algo superior a la publicada en otras comunidades españolas, que la sitúan entre los 16,1 en Castilla y León y los 17,8 años en Ceuta, discrepancia que entendemos atribuibles a diferencias poblacionales, ya que algunos efectivos de nuestra muestra han declarado edades de inicio de consumo altas para lo que es habitual en la mayoría

de encuestas publicadas<sup>276,301-304</sup>. Algunos autores han encontrado asociación entre la mayor precocidad en el consumo de alcohol y una mayor probabilidad de un consumo excesivo<sup>303</sup>.

En nuestro cuestionario, al igual que realizan otros autores, se incluyen las preguntas correspondientes al cuestionario CAGE, al objeto de detectar un consumo de riesgo. Evidenciamos un porcentaje inferior al publicado en la Comunidad de Madrid (2,9%)<sup>181</sup> y al de Andalucía (3,1%)<sup>214</sup>, lo que podría corroborar que la mayoría de la población que bebe lo hace con moderación. No obstante, coincidimos con la explicación contenida en el informe madrileño, en cuanto a que no existe una coincidencia clara entre la clasificación efectuada a partir del consumo declarado y las puntuaciones obtenidas en el CAGE ya que éste explora consecuencias o complicaciones del consumo, que pueden no haberse presentado aunque el volumen de alcohol ingerido pueda ser considerado alto. Las preguntas no se circunscriben al momento actual, sino que deben ser entendidas como si se preguntara «en algún momento de la vida». Por ello, puede suceder que alguien haya tenido en el pasado un patrón de bebida excesivo, pero ello no se refleje en su patrón de ingesta actual. El consumo de riesgo en la población sevillana encuestada ha sido también inferior al 5% de la encuesta EDADES 2013<sup>276</sup> a nivel nacional aunque, en este, caso el instrumento de medida es diferente ya que ésta emplea el cuestionario AUDIT que consta de 10 items, en algunos de los cuales se puede producir un puntaje más alto con mayor facilidad, por lo que no es posible establecer una correlación exacta con la puntuación obtenida por el instrumento CAGE.

Para la OMS, la prevalencia de abstinencia es un indicador igualmente relevante en la descripción del nivel y patrón de consumo de alcohol de una población, considerándose ex-bebedores las personas mayores de 15 años que bebían previamente, pero ya no lo hacen desde hace 12 meses. Este organismo cifra en el 13,7% el porcentaje de ex-bebedores a nivel mundial, algo menor en la región europea (12,3%)<sup>278</sup>. En nuestra población, el 2,9% se pueden considerar

ex-bebedores, relacionándose de manera inversa, como es lógico, con la alta prevalencia de consumo actual evidenciada.

A pesar de los problemas metodológicos asociados, preguntar sobre el consumo de alcohol en cualquier encuesta sobre conductas de salud o de riesgo es de gran interés para el planteamiento de intervenciones en la población, tanto a nivel preventivo con los grupos especialmente vulnerables como pueden ser adolescentes y personas adultas jóvenes, como en la atención a problemas que hayan podido aparecer como consecuencia de un consumo excesivo.

#### **VI.6.2. Consumo de tabaco**

El consumo de tabaco es otro de los hábitos que suele explorarse invariablemente en las encuestas poblacionales, ya que sigue siendo la principal causa mundial de muerte prevenible<sup>305</sup>. Casi la mitad de la población estudiada refería fumar, de forma mayoritaria diariamente, especialmente los más jóvenes. La prevalencia estimada es superior a la publicada en otros estudios, tanto en Andalucía<sup>214</sup> y España<sup>176,181,194,276</sup> como en otros países desarrollados<sup>304,306-311</sup>, pero coincidimos en el patrón en cuanto al sexo, edad y frecuencia de consumo.

En algunas encuestas publicadas a nivel nacional, el porcentaje de personas que fuman a diario en los últimos 30 días oscila entre el 22,2 y el 37,6%, dependiendo de las comunidades autónomas, con una prevalencia media del 30,8%, siendo Andalucía una de las comunidades que superan la media estatal<sup>276</sup>.

En algunos trabajos realizados a nivel mundial<sup>312</sup>, la prevalencia global media de fumadores en 2012 fue de 18,7%, variando desde el 3,3% de Antigua y Barbuda (Caribe) al 42,6% de Kiribati (Oceanía). Las cifras son mayores en el caso de los hombres (31,1% vs. 6,2% en mujeres) y en los países desarrollados (23,5% vs. 17,9% en países en desarrollo). Para España, se estimó una prevalencia media del 26,3%. La OMS informó que, en el año 2013, la prevalencia global media de fumadores diarios en sus distintas regiones era del 17,6% (30,2% en hombres vs. 5,2% en mujeres), siendo la región europea

(27,8%) y la del Pacífico occidental (25,9%) las que presentan mayor prevalencia. Para España, la estimación fue del 30,3% (33,0% en hombres y 27,8% en mujeres), ocupando el lugar 26 de 127 países; por tanto uno de los que tienen un mayor consumo de tabaco<sup>313</sup>.

Las distintas herramientas metodológicas utilizadas y la temporalidad explican las diferencias con los datos aportados por las encuestas españolas y con los obtenidos en el presente trabajo. La tendencia en el hábito tabáquico, desde 1980, es hacia una disminución generalizada, a excepción de lo observado en algunos países en desarrollo y en el caso de las mujeres. Esto se aprecia igualmente en los datos publicados en la última Encuesta Nacional de Salud<sup>194</sup> respecto de otras anteriores<sup>179</sup>, pero no podemos afirmar lo mismo en relación con la población autóctona de Sevilla, dado que no disponemos de resultados anteriores a los del presente trabajo.

El porcentaje de ex-fumadores en la población sevillana entrevistada (una de cada cuatro personas) es similar al observado por otros autores en España<sup>176</sup>. Esta proporción es muy baja, si la comparamos con lo que ocurre en otros países, como Estados Unidos, donde el 59,1% de las personas que fumaban lo dejaron en el último año<sup>314</sup> o Canadá, donde el porcentaje de personas fumadoras que abandonaron el hábito en 2013 es del 64%<sup>306</sup>. En Europa, las mayores proporciones de ex-fumadores se encuentran en Holanda (31%), Dinamarca (31%) and Suecia (30%), mientras que los menores porcentajes lo muestran Italia (13%), Chipre (13%) y Rumanía (12%), según el Eurobarómetro Europeo sobre actitudes hacia el tabaco<sup>315</sup>.

La edad media de inicio en el hábito de las personas que han fumado o continúan fumando, en la muestra, ha rondado los 16 años. Las mujeres han sido algo más precoces, de manera similar a lo publicado en Andalucía<sup>214</sup> y otros lugares<sup>308</sup>. En Europa, el 70% de fumadores y ex-fumadores comenzaron a fumar antes de los 18 años, más pronto los hombres.

Al igual que se ha comentado referente al alcohol, la intensidad del consumo de tabaco se recoge por autodeclaración, lo que supone siempre un posible sesgo de información motivado por las respuestas de complacencia en determinadas preguntas. Por ello, la cantidad media de cigarrillos consumidos al día creemos que no es real, ya que la mitad de la muestra dice consumir cinco cigarrillos o menos y eso no se ajusta a los datos que podemos recabar, bien por observación directa del comportamiento, o por comparación con otras cifras publicadas en lugares que declaran una prevalencia incluso menor que la estimada en este estudio. Por ejemplo, en Canadá, la media de consumo es de 14 cigarrillos al día, con un porcentaje de fumadores sensiblemente inferior y un volumen de ventas también notablemente más bajo que lo publicado en nuestro país<sup>316,317</sup>. Además, a pesar de los cambios sufridos en la normativa<sup>318,319</sup> - que hizo que las ventas de cigarrillos en nuestro país se desplomaran de 90,3 a 46,8 miles de millones de 2008 hasta 2014 (aunque no disminuyó la prevalencia de consumo ni un 2%, de 26,4 a 24,5%)<sup>320</sup> -, las ventas se han vuelto a incrementar en los estancos; a esto hay que sumar el resurgimiento en el contrabando de tabaco que, en España, alcanza el 11%<sup>321,322</sup>, siendo alarmante en Andalucía, donde supone un 34,6%, al ser Gibraltar uno de los puntos calientes en esta práctica<sup>320</sup>. Esta disparidad entre infradeclaración del número de cigarrillos fumados en las encuestas de salud por entrevista en comparación con los datos oficiales de ventas ha sido puesto de manifiesto por otros autores<sup>323,324</sup>.

No podemos tampoco dejar de lado la asociación existente entre el consumo de alcohol y de tabaco que se ha observado en nuestro trabajo y en otros publicados. Así, hay autores que han demostrado que las personas que beben alcohol tienen más probabilidades de fumar (y viceversa); también, las personas que beben grandes cantidades de alcohol tienden a fumar más cigarrillos. Además, los pacientes diagnosticados con dependencia de una de las drogas también se diagnostican comúnmente con dependencia de la otra. Los fumadores son mucho más propensos a consumir alcohol que los no fumadores, y los fumadores que dependen de la nicotina tienen un riesgo 2,7 veces mayor de convertirse en dependientes del alcohol que los no fumadores. Finalmente,

aunque la tasa de tabaquismo en la población general ha disminuido gradualmente, la tasa de tabaquismo entre los alcohólicos ha permanecido persistentemente alta<sup>325</sup>. Algunos autores relacionan también el consumo de estas sustancias con el tipo de jornada laboral, siendo más elevado si existe jornada partida, ya que ésta obliga a comer fuera de casa y la presión social puede ser más alta. También se ha demostrado que es mayor el consumo de tabaco en personas que trabajan en turno de noche<sup>326</sup>, no obstante recomiendan que se analicen estas relaciones con mayor profundidad. En nuestro trabajo no ha sido posible analizar la relación según el turno laboral, al no estar especificado en el cuestionario empleado.

### **VI.6.3. Automedicación, empleo de remedios tradicionales y consumo de drogas ilegales**

La OMS ve en la automedicación responsable una fórmula válida de atención a la salud en las sociedades desarrolladas. La automedicación se ha definido como «el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico»<sup>327</sup>. Como se observa, a pesar de que ya está contemplado en la legislación española<sup>328</sup>, no se incluye en esta definición la prescripción que puedan realizar otros profesionales diferentes del médico. La automedicación responsable significa que la persona está formada y tiene la capacidad y la voluntad para participar activamente en su proceso de salud, pudiéndose contemplar, por tanto, como una conducta de salud. Pero también puede suponer una conducta de riesgo cuando se emplea un fármaco o plantas medicinales u otro remedio casero en exceso, sin conocer los efectos que puede provocar, o para un fin que no es el deseable.

La inmensa mayoría de la muestra se había automedicado en los últimos seis meses con más de un fármaco. Algunos trabajos publicados en otras comunidades españolas establecen que, entre el 11 y el 12% de la población demanda fármacos en las oficinas de farmacia sin presentar la receta médica, correspondiendo en la mayor parte de los casos a analgésicos<sup>329,330</sup>, como sucede en la muestra estudiada. Ya el estudio CRONICAT había puesto de manifiesto



que el 25% de la población catalana recurría al autoconsumo<sup>331</sup> y porcentajes similares se observaron en la Comunidad de Madrid, en las dos encuestas poblacionales más recientes<sup>180,181</sup> y en la Encuesta Nacional de Salud<sup>179</sup>. Los períodos de tiempo por los que se pregunta son diferentes (2 últimas semanas), de ahí que se aprecie una diferencia elevada con lo que revela el presente estudio, ya que el tiempo en el cuestionario original, que es el que se ha mantenido en el mismo, establecía seis meses. Esta será una modificación necesaria que habrá que introducir en estudios posteriores en los que se utilice el mismo instrumento, a fin de homogeneizar y que sea más fácil establecer comparaciones con otros estudios poblacionales que utilicen este u otro cuestionario con la misma temporalidad.

Diversos estudios sobre consumo de medicamentos y autoconsumo consultados establecen que éste es mayor en mujeres y que se incrementa conforme lo hace la edad, lo que se relaciona también con el peor estado de salud declarado<sup>179,181,332</sup>. Carrera-Lasfuentes et al.<sup>330</sup>, encuentran también un mayor consumo en mujeres aunque no es significativo. En nuestro caso, el mayor porcentaje de autoconsumo ha correspondido a los hombres, al igual que ha observado De Pablo<sup>333</sup> en estudiantes universitarios. Posiblemente, las diferencias en cuanto a la edad de las poblaciones encuestadas o el hecho de que las mujeres de nuestra muestra son las que más han visitado al médico y, por tanto, puede que el consumo de medicamentos en ellas sea secundario a prescripción facultativa en mayor medida que en los hombres, podrían ser las razones que motiven esta discrepancia. Sin duda, estudios posteriores que incluyan rangos de edad más avanzados podrán ser más clarificadores en la tendencia observada por otros autores.

Independientemente del sexo o la edad, sí nos parece preocupante el elevado porcentaje de personas encuestadas que ha recurrido a la automedicación en nuestro estudio. El consumo de fármacos sin prescripción puede tener consecuencias negativas, como son el consumo excesivo de medicamentos sin que estén indicados, el consumo excesivo de un medicamento con lo que se

pueden incrementar sus efectos adversos, la asociación incorrecta o deficiente del medicamento con los síntomas presentados, o la automedicación inadecuada en tiempo y/o dosis. Todo ello afecta a la seguridad de las personas, lo que debe ponernos en alerta e incidir en este hecho a la hora de establecer programas educativos a nivel poblacional. Hay autores<sup>333</sup> que observan que el 71% de las personas que se automedican han presentado algún tipo de efecto adverso, fundamentalmente gástricos (náuseas y dolores estomacales), somnolencia y cefalea ya que, al igual que ha ocurrido en nuestro trabajo, son los analgésicos y antiinflamatorios los medicamentos más consumidos sin prescripción. Tal como establece la OMS, se destaca la importancia de implementar y monitorear programas de educación a la comunidad destinados para un mejor conocimiento y autocuidado de su salud, otorgar el verdadero valor a los medicamentos, un uso responsable de los mismos y para una mejor adhesión al tratamiento cuando lo requiera<sup>334,335</sup>. En esta campaña, la enfermera comunitaria tiene un papel crucial en su intento de que la población desarrolle conductas saludables.

Por el contrario, las mujeres sevillanas estudiadas sí hacen un mayor uso de los remedios tradicionales. La OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades. Habla de «medicina tradicional», cuando esta es propia de cada región, es decir, cuando forma parte de la cultura y creencias propias<sup>336</sup>; de acuerdo con este concepto, se ha preguntado en el cuestionario. En general, el uso de los mismos ha sido bajo, no llegando a un cuarto de la población, aunque está en el rango de datos obtenidos por encuestas poblacionales en diversos países occidentales, que estiman una frecuencia de uso que varía desde un 10 a un 52%<sup>337-343</sup>. En países africanos, asiáticos y latinoamericanos, hasta el 80% de la población recurre a la medicina tradicional<sup>344-347</sup>. En España, aunque existen publicaciones sobre etnomedicina y remedios tradicionales en diversas comunidades, no contemplan la prevalencia de su uso y no existen apenas

estudios. La Encuesta Nacional de Salud recoge únicamente el consumo de productos homeopáticos y naturistas, por lo que no podemos establecer comparaciones, al no estar desglosado en nuestro cuestionario el ítem sobre remedios tradicionales y ser la fitoterapia sólo uno de ellos. Las encuestas efectuadas en algunas comunidades autónomas ofrecen también una gran heterogeneidad, contemplando el uso de diversas terapias complementarias e incluso algunas no preguntan específicamente por el consumo sino que recoge la opinión sobre el mismo. Cervera<sup>348</sup>, en la revisión efectuada en su tesis doctoral, evidencia cifras cercanas al 5% en el uso de diversas terapias complementarias, en diversas comunidades, y estima una prevalencia del 57% en la población general, del 26% en médicos, del 39% en MIR y del 16% de estudiantes de medicina de su estudio, realizado en la comunidad de Madrid. En todos los casos, el consumo fue mayor en la población femenina, al igual que ha ocurrido en nuestro trabajo.

Estudios previos realizados en Sevilla con poblaciones migrantes de países con alto índice de uso de estos remedios, en el mismo rango de edad que el considerado, han mostrado unos porcentajes de 19% en población china y del 45% en población latinoamericana, sensiblemente inferiores a los publicados en sus lugares de origen. Estos datos y los obtenidos en el presente estudio sobre población autóctona podrían apoyar el hecho de que, posiblemente, las personas hacen poco uso de los remedios tradicionales porque tienen una mayor facilidad de acceso a los servicios sanitarios, al contar con un mayor número de recursos médicos y de enfermería y existir un patrón de accesibilidad universal en nuestro sistema sanitario. Tal vez, la instauración del copago farmacéutico tenga alguna incidencia en el futuro sobre este hecho, por lo que será un elemento de interés en próximos estudios.

Por lo que respecta al consumo de drogas ilegales, la OMS califica dicho consumo como el uso no médico de una variedad de sustancias que están prohibidas por la ley internacional. Estas drogas incluyen estimulantes tipo anfetaminas, cannabis, cocaína, heroína y otros opioides y MDMA (éxtasis)<sup>349</sup>.

España se sitúa entre los cinco primeros países europeos donde mayor es el consumo de drogas ilegales, especialmente cocaína y cannabis, cifrándose la prevalencia general de consumo en el último mes de drogas ilegales en el 31,3%. Sólo Francia, Dinamarca, Reino Unido e Italia nos superan, según los últimos datos publicados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías<sup>350</sup>. En nuestra muestra, dicho consumo ha tenido una prevalencia estimada inferior a la media española, en consonancia con la tendencia publicada para nuestra comunidad autónoma<sup>276</sup>, correspondiendo en mayor medida el consumo, en nuestro caso, a marihuana y hachís. Andalucía, afortunadamente, no se encuentra entre las principales comunidades consumidoras de drogas ilícitas en nuestro país. El consumo de cannabis se sitúa algo más de un punto por debajo de la media española (5,5 vs. 6,6%) y nos aleja en más de cinco puntos de la principal comunidad consumidora, Baleares (10, 7%); esto hace que ocupemos el undécimo lugar, junto con Extremadura, en cuanto a consumo de esta sustancia, en población de 15 a 64 años. No obstante, los mayores decomisos de hachís se registraron en Andalucía con 262.000 kg incautados en 2015<sup>351</sup>.

Algunas publicaciones destacan la opinión de la Delegación del Gobierno que apunta a que vienen detectando en los últimos años más consumo de marihuana y que, cada vez, hay más plantaciones de la hierba en el interior del país, sobre todo en Almería y Murcia<sup>352,353</sup>. Son los hombres, al igual que ha sucedido en nuestro estudio, los que consumen drogas ilegales en mayor medida que las mujeres, especialmente cannabis y cocaína, tanto a nivel europeo<sup>350</sup> como nacional<sup>276</sup>. En nuestro trabajo, casi un cuarto de los usuarios de drogas ilegales consumen dos o más sustancias. Es difícil comparar este dato con los publicados por las encuestas europea o nacional, ya que éstas incluyen consumo de drogas psicoactivas en general, sean ilegales o no, por lo que, aunque los porcentajes de policonsumidores publicados pueden llegar al 36%, según la edad y el sexo, incluyen también a los consumidores de otras drogas como alcohol, tabaco o fármacos con receta, como hipnóticos y sedantes<sup>276</sup>.

A pesar de que casi un cuarto de nuestra muestra ha consumido drogas en el último mes, casi la totalidad de la misma opina que las drogas no mejoran el estado de salud y bienestar de las personas. Por tanto, deben ser otros los motivos por los que las consumen. En Europa y también en España, hay preocupación por el consumo en los más jóvenes ya que los chicos empiezan a consumir cannabis entre los 13 y los 16 años y uno de cada cuatro jóvenes de entre 14 y 18 años lo ha probado. Es fundamental que se intervenga ya que puede constituir un grave problema en un futuro cercano, puesto que es relativamente frecuente que un adolescente que consume cannabis acabe con un brote psicótico en el hospital. De hecho, el cannabis se relaciona con más del 34% de las urgencias y es la única sustancia en la que se observa una clara tendencia ascendente<sup>276</sup>. La preocupación se extiende al consumo de éxtasis y las llamadas «nuevas drogas», como ketamina, Nexus, mefedona y spice, entre otras, de presencia ubicua en internet, cuyas materias primas proceden casi en su totalidad de China, desconociéndose en muchos casos sus efectos. Además, el repunte en el consumo de heroína en algunos países, como Estados Unidos<sup>353</sup>, es un motivo más para seguir investigando en las causas, consecuencias del consumo y establecer programas educativos que minimicen su uso en la población. En dichos programas, el papel de la enfermera en los centros de salud, los centros escolares, laborales y la comunidad, en general, es fundamental.

### **VI.7. Hábitos sexuales**

No ha sido fácil obtener respuestas espontáneas y fluidas cuando se ha preguntado por las conductas sexuales de la población encuestada, de ahí que haya sido en este apartado del cuestionario donde hemos encontrado un mayor número de personas que se han negado a contestar a algunas de las preguntas. Así ha ocurrido con el uso de anticonceptivos, los antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la asistencia a centros de planificación familiar, donde hasta más de un tercio de las personas no quisieron responder.

Entre los que sí han contestado, podemos establecer unos hábitos que no difieren grandemente con los publicados en nuestro país. Así, en la Encuesta Nacional de Salud Sexual<sup>354</sup> el uso de métodos anticonceptivos se sitúa de media en torno al 53%, al igual que ocurre en nuestro estudio, siendo mayor el porcentaje de mujeres que decía utilizarlos siempre, a diferencia de lo que sucede en nuestro caso. Sí coincidimos en que el método preferido es el preservativo masculino, seguido de los anticonceptivos orales, siendo muy bajo el de aquellas personas que recurren a la «píldora de urgencia» o postcoital y que el mayor porcentaje de no uso de anticonceptivos corresponde a los intervalos de mayor edad. No podemos establecer comparaciones con respecto a otras preguntas, dadas las diferencias en las preguntas de nuestro cuestionario y del empleado en la citada encuesta.

La Encuesta sobre Anticoncepción, publicada por el Equipo Daphne en 2011<sup>355</sup>, y realizada a mujeres de 15 a 49 años, revela un descenso en el uso de métodos anticonceptivos desde el año 2007, del 80 al 75%. Las mujeres más jóvenes (20-24 años) declaran una mayor utilización (85,3%), bajando al 74,4% en el grupo de 40 a 44 años. En nuestro caso, los porcentajes son sensiblemente más bajos, posiblemente debido al alto número de mujeres que no responden a esta pregunta. No obstante, la tendencia en el tipo de método utilizado es la misma. La encuesta referida establece que el 16,8% de las mujeres estaban en riesgo de tener un embarazo no deseado y un 8,2% estaban en riesgo por el uso inconsistente de preservativo. En nuestro trabajo, ambos riesgos pueden ser aún mayores, especialmente en el segundo caso.

El Informe SESPAS 2014<sup>356</sup> también publica que el uso de anticonceptivos es mayor en las relaciones ocasionales que en las estables y el método más frecuente es el preservativo masculino en ambos casos. El sexo seguro en las relaciones esporádicas u ocasionales es practicado por el 79% de la población. Un 22% de los hombres y un 18,6% de las mujeres declaran no adoptar medidas de protección frente a las ITS en las relaciones ocasionales, proporción que aumenta en las relaciones estables. En nuestro caso, no hemos

separado los hábitos con relación al tipo de pareja, por lo que no podemos establecer una comparación fidedigna.

Ninguna de las fuentes mencionadas anteriormente incluye preguntas específicas sobre antecedentes de ITS, realización de serología frente a VIH o visitas a consultas de planificación familiar, por lo que no podemos efectuar ningún tipo de análisis comparativo, a nivel poblacional. En el informe SESPAS y en otras publicaciones<sup>357-362</sup>, se indica que la incidencia de ITS mantiene una tendencia al alza para la sífilis y la gonococia o VIH en algunos colectivos, como el de las personas que ejercen la prostitución o en los hombres que tienen sexo con hombres, motivada por la persistencia de determinados comportamientos sexuales de riesgo y la relajación en el uso de métodos de prevención. En nuestro trabajo, los antecedentes de ITS son escasos, nuevamente por el alto porcentaje de personas que no han querido contestar a esta pregunta, aunque son la gonococia y los condilomas acuminados las que se mencionan con mayor frecuencia. También ha sido bajo el porcentaje de personas, hombres y mujeres, que mantienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, lo que nos impide realizar cualquier afirmación con una mínima verosimilitud. No obstante - dada la reticencia a la respuesta que, en nuestra opinión, evidencia unas actitudes aún de cierto tapujo o vergüenza ante estos temas, unido a los elevados porcentajes de personas que no emplean métodos profilácticos ni acuden a consultas de planificación familiar - se pone de manifiesto la necesidad de incidir en las estrategias de sexo seguro. Por ello, los profesionales de salud, y muy especialmente, las enfermeras, tendrán que abordar estos aspectos dentro de los programas educativos dirigidos a la comunidad, enfatizando en los diferentes estratos de edad y no sólo en los más jóvenes o en grupos poblacionales más vulnerables, que son los que habitualmente ocupan el centro de las investigaciones o las estrategias preventivas.

## **VI.8. Salud de la mujer**

Por lo que respecta a las preguntas relacionadas con la salud reproductiva, lo más destacable es que casi un 16% de las mujeres refiera haber sufrido algún aborto, casi la cuarta parte de los mismos fueron voluntarios. Esta cifra está en consonancia con el porcentaje de interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) publicadas por la Junta de Andalucía, en el registro correspondiente a la provincia de Sevilla, en 2014<sup>363</sup>. Datos ofrecidos por el Ministerio de Salud en 2015<sup>364</sup> indican que la tasa de IVE en Andalucía (10,59 por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años) se encuentra ligeramente por encima de la tasa media nacional (10,40), aunque en ambos casos son las más bajas desde 2007. La comunidad que presenta mayores tasas es Islas Baleares.

Márquez-Calderón y Rodríguez<sup>365</sup> encontraron una asociación positiva y estadísticamente significativa entre el porcentaje de población extranjera y la tasa de abortos, y la magnitud de la asociación fue aumentando a lo largo del tiempo. En 2007, el porcentaje de población extranjera se asoció al 64% de la variabilidad en la tasa de abortos entre comunidades autónomas y, aunque no dieron por supuesta una relación causal entre el hecho de ser mujer inmigrante residente en España y el riesgo de tener un aborto, sí que pusieron de manifiesto que el problema del aborto es especialmente importante en las mujeres inmigrantes. Ellos hablaban de que hay un problema de equidad que aún es mayor que el territorial: la desigualdad por país de origen, indicando que detrás de esa variable hay un problema de desigualdad de oportunidades, tanto en la accesibilidad a los servicios de promoción de la salud y prevención de embarazos no deseados, como en las condiciones relacionadas con la posibilidad de asumir el cuidado de una criatura (situación económica y laboral), además de diferencias culturales que también pueden desempeñar un papel importante. Esta tendencia ya se había identificado previamente en algunas comunidades, como Madrid<sup>366</sup> y Cataluña<sup>367</sup> y se han mencionado también en otro estudio, a nivel nacional<sup>368</sup>.



Sin duda, el contexto sociodemográfico, cultural o religioso influye en la utilización de métodos anticonceptivos y por ello en la aparición de embarazos no planificados, que pueden seguir adelante o terminar en un aborto. La frecuencia de embarazos no planificados en el mundo oscila entre el 30 y el 50% del total de embarazos; los mayores porcentajes corresponden a países europeos y de Latinoamérica/Caribe<sup>369</sup>. En Europa, aunque han disminuido en los últimos años, las mayores tasas corresponden a países que requieren una indicación legal, en comparación con los que no tienen legislación restrictiva (12,3 vs. 10,9 por 1.000 mujeres de 15 a 49 años), siendo más frecuente en países del Norte de Europa, de Europa del Este y Central<sup>370</sup>.

En Estados Unidos, en los últimos años, se ha incrementado ligeramente el porcentaje de embarazos no deseados, especialmente en el grupo de mujeres de 20 a 24 años, con menos recursos económicos, bajo nivel educativo y que viven en pareja sin estar casadas; en estos casos, cuatro de cada cinco embarazos acaba en aborto<sup>371,372</sup>. En nuestro trabajo, el número de mujeres que han tenido algún aborto es bajo, y mucho más el de las que indican que fue voluntario, como para poder efectuar algún análisis comparativo, en la búsqueda de algunos factores que indiquen una mayor probabilidad de presentar este hecho por parte de la población femenina sevillana.

Atendiendo a la asistencia a consulta ginecológica, el porcentaje de mujeres estudiadas que acudieron en el último año supera al publicado para nuestra comunidad autónoma (27,5 vs. 19,7%) por la Encuesta Nacional de Salud<sup>179</sup>. No obstante, nuestros datos concuerdan bastante con lo publicado a nivel nacional, para el grupo de mujeres más jóvenes; sin embargo, en el grupo de 35 a 44, el porcentaje de mujeres sevillanas que ha visitado al ginecólogo en los dos últimos años es superior. Posiblemente, las diferencias se deban a que, en nuestro caso, nos hemos centrado en mujeres autóctonas y en los datos generales ofrecidos por las encuestas, tanto en Andalucía como España, se incluyen a todas las mujeres, autóctonas e inmigrantes y, como se ha comentado anteriormente, la accesibilidad a los servicios de estas últimas suele ser menor. Otra explicación

plausible es que, en las encuestas poblacionales referidas, se pregunta por la visita a la consulta de ginecología por motivos diferentes a embarazo o parto, circunstancia que no se explicita en el cuestionario utilizado en este estudio. Por otro lado, no podemos establecer una comparativa adecuada con lo que sucede específicamente en nuestra comunidad autónoma pues, aunque hay una estratificación por edades que concuerda con la de nuestro trabajo, los datos de la encuesta andaluza<sup>214</sup> se refieren a mujeres que acudieron alguna vez en su vida (95% a nivel de Andalucía y 85,1% en la provincia de Sevilla) y, en nuestro caso, se concretaba más en el tiempo.

## **VI.9. Pruebas de screening**

En este apartado se incluyen específicamente las pruebas para el despistaje de cáncer ginecológico en la mujer y de próstata en el hombre, puesto que otras pruebas de carácter preventivo se encuadran en el siguiente grupo de preguntas relacionadas con procesos crónicos.

En lo concerniente a las pruebas para la detección precoz de cáncer femenino, el porcentaje de mujeres que se había practicado en alguna ocasión una citología es similar al publicado en la Encuesta Andaluza de Salud<sup>214</sup> en el mismo estrato de edad (78,3%). En el informe monográfico sobre detección de cáncer, extraído de la Encuesta Nacional de Salud<sup>373</sup>, el 78,8% de las mujeres de entre 25 y 64 años se había hecho una citología vaginal en los últimos cinco años, superando significativamente el porcentaje de las mujeres nacidas en España al de las extranjeras. También se encontró una asociación positiva con la clase social, el nivel de estudios y el nivel de ingresos en el hogar. En la Encuesta Europea de Salud<sup>194</sup>, el porcentaje se había incrementado al 79,4% en 2014.

Las recomendaciones de la OMS sobre screening de cáncer cervical<sup>374</sup> incluyen, entre otras, que las mujeres entre 30 y 49 años se realicen una citología como mínimo una vez en la vida; sin embargo, en 2012, había casi mil millones de mujeres de dicha edad en el mundo a las que nunca se la habían hecho<sup>375</sup>. En cambio, la Guía Europea<sup>376</sup> establece que la citología debería concentrarse en el

rango de edad de 30 o 35 a 60 años, aunque no hay evidencia sobre la edad óptima a la que debería cesar, si bien diferentes estudios han demostrado una baja tasa de detección de lesiones de alto grado en mujeres de más de 40 años, previamente examinadas. En España, según la última guía de cribado publicada<sup>377</sup>, existen estrategias de salud pública diferentes para cada una de las 17 comunidades autónomas y los programas de prevención tienen una importante heterogeneidad en sus características y criterios de aplicación; por esta razón, la guía establece unas indicaciones uniformes para el cribado. Se debe iniciar a la edad de 25 años. Los programas de cribado no deben comenzar antes de esta edad, independientemente de la edad de inicio de las relaciones sexuales u otros factores de riesgo y deben finalizar a la edad de 65 años, siempre que se cumplan los siguientes criterios: «Cribado previo adecuado y negativo durante los 10 años anteriores» y «Sin antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial o cáncer de cuello uterino tratado durante los 20 años previos».

No obstante, Andalucía (40,3%) figura, junto con Cantabria (41,0%), entre las comunidades autónomas españolas en que mayor es el porcentaje de mujeres mayores de 15 años que no se han realizado nunca una citología vaginal<sup>378</sup>. Este dato habría que valorarlo conjuntamente con el porcentaje de mujeres que realiza una visita periódica a consultas ginecológicas, puesto que el cribado de cáncer de cérvix es, en nuestro país, mayoritariamente oportunista u ocasional, es decir, que se produce cuando la mujer acude a consulta y el profesional sanitario lo estima oportuno.

Por lo que respecta a la mamografía, el porcentaje de mujeres de nuestra muestra que se la habían realizado alguna vez en los últimos cinco años es bajo, posiblemente debido a que no se encuentran en el periodo de edad recomendado habitualmente para dicho cribado (mayores de 50 años, en Andalucía<sup>379</sup> o mayores de 45 si existe riesgo genético<sup>380</sup>); aun así, contrastan con algunos de los publicados. Según la Encuesta Nacional de Salud<sup>179</sup>, un 35,1% de las mujeres de 25 a 44 años se habría sometido a cribado en los últimos dos años. Por el contrario, el 85,5% de mujeres españolas de 25 a 34 años y el 61,7% de las de 35

a 44, que son los grupos considerados en este trabajo, no se había hecho nunca una mamografía. En nuestro caso, el porcentaje en el primer grupo ha sido más bajo y, en el segundo, más alto, evidenciando que las mujeres del grupo de edad más elevado se realizan el cribado para cáncer de mama con una frecuencia inferior a la media nacional. No obstante, porcentajes mayores nos habrían indicado que las mujeres sevillanas de nuestra muestra estarían sometidas a un exceso de pruebas, sin que hubiese realmente indicación para ello.

En la citada encuesta nacional, aparece Andalucía como la comunidad en que menos se practica el mismo, siendo el porcentaje de mujeres que nunca se había hecho una mamografía del 14,7%, muy superior a la media nacional (7,59%) y muy lejos del 2% de Aragón o el 0,7% de Navarra, que son las comunidades en que más se realiza el screening. En el caso del cáncer de mama, a diferencia del de cérvix, el cribado es poblacional, es decir, que una vez que se alcanza la edad requerida para formar parte del cribado, la mujer recibe una notificación para que se pueda citar en el mismo.

Por otro lado, la Encuesta Andaluza de Salud<sup>214</sup>, recoge que las radiografías de mamas se realizaron al 46,5% de las mujeres andaluzas con más de 16 años, siendo las mujeres con estudios primarios y una renta menor de mil euros las que más mamografías se realizaron, a diferencia de lo que sucede a nivel nacional, donde el mayor porcentaje corresponde a las mujeres con mejores ingresos y mayor nivel de estudios. En nuestro caso, no se ha encontrado relación entre el nivel de estudios y la realización de pruebas de screening en las mujeres sevillanas incluidas en este trabajo.

En el caso de los hombres, cuando iniciamos este trabajo se realizaba la determinación del Antígeno Prostático Específico (PSA) en nuestra comunidad, de ahí que, al igual que también lo incluían otros autores que utilizaban el cuestionario SIVFRENT-A<sup>180,181</sup>, siguiéramos manteniendo esta pregunta. Como cabía esperar, el porcentaje de hombres que se había sometido a la prueba fue bajo, dado el grupo etario considerado.

Aunque algunas sociedades científicas como la *American Cancer Society*<sup>381</sup> o la *American Urological Association*<sup>382</sup> sigan considerándolo, la OMS<sup>383</sup> y otras organizaciones<sup>384,385</sup> y autores<sup>386,387</sup> ya no recomiendan que se hagan pruebas de tamizaje poblacional para detectar cáncer de próstata, sino que se centren los esfuerzos en el diagnóstico precoz. Por este motivo, y dada la escasa implicación en nuestros resultados, no efectuaremos análisis comparativo referido a esta variable. El cuestionario no incluía otras pruebas de despistaje para cáncer.

La utilización de pruebas de cribado es un tema controvertido en la actualidad. Por un lado, se están realizando análisis económicos para conocer el coste-efectividad de la citología<sup>388,389</sup> y de la mamografía<sup>390-393</sup>; el coste-beneficio de la implantación del cribado de cáncer de cérvix a nivel poblacional, relacionándolo con los costes directos e indirectos derivados de la enfermedad<sup>394</sup>; o la evaluación del riesgo de los falsos positivos y negativos<sup>395-397</sup>. Desde hace unos años, en España, Juan Gervás<sup>398,399</sup>, reconocido investigador y docente de atención primaria, coordinador del Equipo Cesca, viene cuestionando la realización de los cribados por sus efectos en cuanto a sobrediagnóstico de enfermedades que nunca hubieran evolucionado a «enfermedad florida», considerando que nunca hay una certeza clínica final, e incluso los falsos positivos y negativos lo son en tanto el paso del tiempo no demuestre lo contrario. En el caso del cáncer entiende que la consecuencia final de los cribados es el aumento de los diagnósticos sin cambios en la mortalidad y hace suya la frase de Gray «Todos los cribados hacen daño; algunos además ofrecen beneficio», afirmando que debería eliminarse la mayoría de los cribados, no por su coste, sino por sus perjuicios para la salud de pacientes y poblaciones<sup>400</sup>. Antoni Sitges-Serra, Catedrático de Cirugía de la Universidad Autónoma de Barcelona y Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital de Mar también cuestiona la realización de los mismos, indicando que los cribajes detectan más cánceres de los que se diagnosticarían si los pacientes fueran estudiados cuando desarrollan síntomas y no suponen en modo alguno que estos alarguen su esperanza de vida. En cambio, sí que es cierto que generan miles de exploraciones complementarias

totalmente innecesarias (análisis, radiografías, endoscopias) cada una de ellas con sus potenciales riesgos para la salud, amén de la ansiedad que suele acompañar la espera de resultados y los falsos positivos<sup>401,402</sup>. En base a todo ello, creemos que no sería demasiado prudente incentivar la realización de pruebas de cribaje en el segmento de la población estudiado, al menos en el momento actual, puesto que algunas instituciones están reconsiderando las recomendaciones para determinados tipos de cáncer<sup>403</sup>.

## **VI.10. Enfermedades crónicas**

Por lo que respecta a las enfermedades crónicas contenidas en el cuestionario, suponíamos *a priori* que la prevalencia sería baja, dado el grupo poblacional estudiado, como así ha ocurrido.

En el caso de la diabetes, el porcentaje de población que se medía asiduamente la glucosa es bajo y algo más del 1% de la población estudiada decía padecer la enfermedad. Este dato concuerda con el publicado por la Encuesta Andaluza de Salud (1,3%) en el mismo estrato de edad, manteniéndose en relación con años anteriores<sup>214</sup>. Sevilla es la provincia andaluza que presenta una menor prevalencia (6,0%), en adultos, siendo algo más elevada en las mujeres, como ha sucedido también en nuestro trabajo. En la Comunidad de Madrid<sup>181</sup>, el SIVFRENT-A evidenció un porcentaje de personas que decían estar diagnosticadas de diabetes del 7,0% y, tanto el estudio ENRICA como la Encuesta Nacional de Salud obtienen un resultado similar<sup>176,194</sup>.

Observando los datos publicados por la OMS<sup>405</sup>, en Europa, la prevalencia de diabetes es muy variada, fluctuando entre el 5,6% de Suiza y el 15,0% de Georgia. Son los países nórdicos y de Centroeuropa los que presentan cifras más bajas, mientras que algunos países del este y de las extintas Unión Soviética y Yugoslavia alcanzan las más altas, comprobándose que en muchos de ellos no existe ninguna política/estrategia/plan de acción contra la diabetes, ni contra la

obesidad o el sobrepeso, como ocurre en aquéllos que tienen prevalencia baja, entre los que se encuentra España. En otros países desarrollados, como Canadá (7,2%) o Estados Unidos, la diabetes constituye la principal causa de fallo renal y es una de las principales responsables de enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular, con una prevalencia que alcanza el 8,3% de la población y, concretamente, en población de 20 a 44 años es del 3,7%<sup>404</sup>. En Latinoamérica, no obstante, los países con menor prevalencia, como Bolivia (6,6%), Haití (6,9%) o Perú (6,9%) no disponen de estas estrategias, al contrario que otros países con prevalencia mayor, como Argentina (10,2%) o Chile (11,4%), por lo que habría que pensar que más que las acciones meramente sanitarias inciden otros factores, bien genéticos o medioambientales. Esta opinión puede sostenerse si observamos lo que ocurre en África, donde los países más empobrecidos como Burundi (2,6%), Rwanda (2,8%), Uganda (2,8%) o Eritrea (3,4%) son los que presentan menos prevalencia frente a países con estilos de vida algo más «occidentalizados» como Marruecos (12,4%), Libia (13,7%) o Egipto (16,2%), que van también en consonancia con las tasas de obesidad y sobrepeso. Esto explicaría por qué las mayores prevalencias de diabetes se encuentran en algunas islas del Pacífico como Niue (26,4%), islas Cook (26,8%) o Nauru (28,9%), donde más de tres cuartos de la población presentan sobrepeso<sup>405,406</sup>. En nuestro trabajo, la escasez de casos no nos permite establecer ninguna relación en este sentido.

En lo referente a la hipertensión, se incrementa notablemente la proporción de población estudiada que se mide las cifras tensionales con mayor frecuencia, lo que se relaciona también con el mayor porcentaje de personas que dice presentar hipertensión diagnosticada clínicamente (casi el 16% de la muestra), especialmente aquellas que se encuentran en la franja de mayor edad (35 a 44 años). Nuestros datos están en consonancia con la prevalencia de hipertensión declarada para Sevilla (15,4%) y Andalucía (18,7%) en población general, por la Encuesta Andaluza de Salud<sup>214</sup>; sin embargo, contrasta con el 2,7% que atribuye la misma a la población perteneciente al estrato etario considerado en nuestro estudio. La encuesta madrileña<sup>181</sup> presenta un porcentaje

de hipertensión en la población de 18 a 44 años de 6,6%. En la Encuesta Nacional de Salud<sup>194</sup>, el porcentaje de personas de 25 a 44 años que presenta hipertensión es del 3,06% y el estudio ENRICA<sup>176</sup> estima en el 33% el porcentaje de población española hipertensa. Es posible que las diferencias puedan deberse a la manera en que se recogen los datos, puesto que los compañeros de la comunidad de Madrid encuentran una gran diferencia entre las personas que espontáneamente afirman sufrir un problema crónico y los que lo hacen tras identificar alguno de ellos en una lista establecida, siendo esta eventualidad más común<sup>181</sup>. En nuestro caso, se pregunta específicamente por el proceso, lo que podría explicar en parte estas diferencias, aunque también se ha preguntado del mismo modo por el padecimiento o no de diabetes y no se ha apreciado esta divergencia con las cifras publicadas. También podría ser debido a que la medición de la tensión arterial es una práctica más frecuente que la medición de glucosa y, puesto que el porcentaje de población que dice hacerla es mucho mayor, cabe pensar que alguna de las mediciones haya podido arrojar cifras altas y que, efectivamente, el personal sanitario se lo haya comunicado, interpretando la persona que ya padecía hipertensión, sin que haya estado certeramente comprobada. Esta es sólo una hipótesis explicativa que habría que corroborar con estudios posteriores.

La OMS, en el informe publicado sobre hipertensión<sup>407</sup>, establecía que se había diagnosticado aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años, a nivel mundial; la máxima prevalencia se registra en la Región de África, con un 46%, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%. En general, la prevalencia de hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40%. Se identifican en ella factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso de tabaco, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés. Algunos de ellos han tenido una frecuencia alta en la población estudiada, lo que podría relacionarse también con el porcentaje de personas que han declarado ser hipertensas. En nuestro caso, aunque se ha realizado únicamente con carácter



exploratorio, al no ser un objetivo de esta investigación, también se ha encontrado relación con alguno de los factores mencionados, que deberían tenerse en cuenta en investigaciones futuras.

En el mismo informe, la hipertensión se erige como una de las primeras causas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, originando por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. España se posiciona como uno de los países con ingresos elevados donde la tasa de mortalidad es más baja. No obstante, a tenor de lo observado en nuestro estudio, consideramos que la toma sistemática de la tensión arterial en la población mayor de 25 años que acuda a los servicios sanitarios, especialmente de atención primaria, es fundamental para la detección temprana de la afección y poder así establecer medidas preventivas. En ellas, la participación de la enfermera es fundamental, desarrollando estrategias educativas efectivas para la instauración y consolidación de conductas saludables en las personas atendidas, y la captación de aquéllas que no acuden espontáneamente a los servicios, pero pueden considerarse en riesgo, debido a los hábitos de vida insanos que se identifiquen.

La medición de colesterol en sangre es la última prueba de detección precoz relacionada con procesos crónicos sobre la que se ha indagado. El porcentaje de población que se ha sometido alguna vez a la misma, en nuestro estudio, ha resultado ser la más elevada de todas las consideradas, superando el 85%. Este resultado está en consonancia, aunque no totalmente, con las recomendaciones instauradas en nuestro país sobre el cribado poblacional de la dislipemia, al menos una vez, en los varones antes de los 35 años y en las mujeres antes de los 45 años de edad<sup>408</sup>. Respecto de las personas que dicen tener hipercolesterolemia, la cantidad encontrada en nuestro estudio es superior a la publicada en la Encuesta Andaluza de Salud<sup>214</sup> para el mismo rango de edad (3,4%), pero es muy similar a la publicada en la comunidad de Madrid<sup>181</sup> para el grupo de 18 a 44 años, siendo la prevalencia mayor en las personas de 30 a 44, al igual que sucede en nuestro estudio con el grupo de mayor edad contemplado

(35-44 años). Esta tendencia también se observa en la Encuesta Nacional de Salud<sup>194</sup>, con una cifra global en las personas de 25 a 44 años (14,03%), similar a la observada en nuestro trabajo.

Para el Grupo de Expertos de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria<sup>408</sup>, la hipercolesterolemia es el factor de riesgo más prevalente y afecta al 50% de la población española, sin embargo es el menos conocido y el menos tratado<sup>176</sup>. La OMS<sup>409</sup> considera que la hipercolesterolemia aumenta los riesgos de enfermedades o accidentes cardiovasculares, estimándose que en todo el mundo una tercera parte de las cardiopatías isquémicas pueden atribuirse a altos niveles de colesterol. En general, se calcula que la hipercolesterolemia causa 2,6 millones de muertes (4,5% del total) y 29,7 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad o AVAD, lo que representa un 2% del total de los mismos<sup>410</sup>. La hipercolesterolemia es una de las principales causas de carga de enfermedad tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo pues es un factor de riesgo de padecer cardiopatías y accidentes isquémicos o hemorrágicos. En 2008, la prevalencia mundial de hipercolesterolemia entre la población adulta era del 39% (37% en el caso de los hombres y 40% en el de las mujeres)<sup>411</sup>. Entre 1980 y 2008 los valores medios de colesterol en la población mundial han cambiado poco, disminuyendo menos de 0,1 mmol/L por decenio tanto en hombres como en mujeres<sup>412</sup>. Es este, por tanto, otro de los factores de riesgo sobre los que habrá que incidir, recomendando a la población que cambie la ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas por aquellos que favorecen una reducción de las cifras de colesterol y que suelen estar en la base de la dieta mediterránea, abandone el hábito tabáquico e incorpore o incremente la realización de ejercicio físico de manera habitual, especialmente en las mujeres mayores de 35 años.

## VI.11. Seguridad vial

La población estudiada hacía un uso irregular de las medidas de seguridad vial, siendo mayor el porcentaje de personas que utilizaba siempre medidas de protección cuando conducían o viajaban como pasajeros en un automóvil. Sin embargo, sólo la mitad de los encuestados que conducían o viajaban como acompañante en una motocicleta referían ponerse el casco, siendo ya extremadamente bajo el número de personas que empleaban medidas protectoras cuando montaban en bicicleta.

En la Encuesta Andaluza de Salud<sup>214</sup>, casi la totalidad de la población andaluza mayor de 16 años lleva puesto el cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil por carretera, siendo menor el porcentaje de las personas que lo hace en ciudad. Sevilla se sitúa en una posición intermedia en cuanto al uso (99,3% en carretera y 89,3% en ciudad), disminuyendo el porcentaje de las personas que utilizan casco cuando viajan en motocicleta, aunque sigue siendo alto (90,2% en carretera y 89,1% en ciudad), no figurando las cifras de personas usuarias de protección en bicicleta. En nuestro caso, sería conveniente, en un futuro, individualizar las opciones de respuesta y referirlas a los dos ámbitos, a fin de poder establecer una comparación más exhaustiva y específica al respecto. En la encuesta madrileña<sup>181</sup> son también altos los porcentajes de las personas que utilizan siempre medidas protectoras en automóvil o motocicleta y, en este último caso, resulta curioso que sea superior el uso de casco en ciudad que en carretera. En este caso, tampoco figuran datos relativos a la bicicleta. No obstante, y dado que en 2004 se aprobó a nivel europeo la normativa que obliga a los ciclistas a llevar casco en carretera<sup>413</sup>, inferimos que estas cifras serán altas, mientras que, en ciudad, por lo que se observa en un día cualquiera en Sevilla, es muy baja. Esto se puede deber a la controversia generada cuando se quiso hacer obligatorio también el empleo en ciudad, puesto que la opinión de algunas asociaciones era que esto provocaría el rechazo a utilizar este medio de locomoción, lo que entraría en contradicción con las numerosas campañas para fomentar el uso de la bicicleta como transporte preferente, especialmente en

aquellas ciudades que disponen de carril bici y se considera seguro, como ocurre en Sevilla<sup>414-416</sup>. El Director Técnico de *ConBici*, la coordinadora en defensa de la bicicleta, que reúne a 51 colectivos y asociaciones ciclistas, manifestaba en una entrevista que en ningún país de Europa es obligatorio. Y en los pocos países donde se ha impuesto, se ha reducido de forma significativa el número de ciclistas, no el número de accidentes mortales. Casi todas las personas fallecidas fueron víctimas de atropellos, frente a los que el casco no es un factor decisivo<sup>416</sup>. No hemos encontrado datos en la encuesta a nivel nacional sobre estos aspectos de seguridad vial, por lo que no podemos establecer comparaciones.

La encuesta de la comunidad de Madrid incluye la misma pregunta que hemos mantenido en nuestro cuestionario acerca de la conducción bajo los efectos del alcohol. El porcentaje observado es del 1,5%, casi tres cuartas partes eran hombres<sup>181</sup>. En nuestro caso, la cifra de personas que han conducido tras haber consumido alguna droga es notablemente superior y está más en consonancia con los últimos datos publicados por la Dirección General de Tráfico<sup>417</sup>. Este organismo estima que el 11,8% de los conductores evaluados a pie de carretera había consumido algún tipo de sustancia psicoactiva (alcohol y/o drogas ilícitas), habiéndose incrementado el porcentaje con respecto al informe anterior<sup>418</sup>. En el mismo, se realiza una revisión de los trabajos publicados entre 2008-2014 a nivel mundial y, específicamente, dentro del proyecto europeo DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol, Drugs and Medicines*), llevado a cabo en 19 países europeos, entre ellos España. Se constata una gran variabilidad, debido a las diferencias metodológicas, en cuanto a la aleatoriedad o no de los controles en carretera, momento en que se realizan las determinaciones y al tipo de sustancia. Los datos obtenidos de las publicaciones analizadas, en controles de carretera en población general de conductores, muestran que entre el 2 y el 17% dieron positivo a alguna sustancia psicoactiva. La sustancia más frecuente es el alcohol, observándose las prevalencias más altas en países de menor desarrollo como Brasil, Tailandia o Vietnam, llegando a ser de más del 19% en este último<sup>419</sup>. En cuanto a las drogas ilegales, la prevalencia más elevada corresponde a los países del sur de Europa, concretamente España<sup>420</sup> presenta la

cifra mayor (11%). La prevalencia de medicamentos se dio más entre los países del norte de Europa y, a nivel mundial, la mayor prevalencia la tiene Tailandia<sup>421</sup> (6,3%). En general, el 7,4% de los conductores europeos presentan en su saliva o sangre alguna sustancia psicoactiva, incrementándose la cifra cuando se trata de determinaciones realizadas a conductores sospechosos de conducir bajo influencia de estas sustancias (hasta el 48% en Suecia<sup>422</sup>) y en conductores víctimas de accidente de tráfico (53% en Bélgica<sup>423</sup>).

Nuestra muestra sigue la tendencia observada en otras encuestas españolas<sup>181,214</sup> en cuanto a que son las mujeres (excepto en el uso de casco en motocicleta) y las personas de mayor edad las que observan más las medidas de protección, aunque sin diferencias significativas, al igual que ocurre en las citadas publicaciones.

#### **VI.12. Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida**

En el último bloque de preguntas del cuestionario, que tratan de evidenciar el apoyo emocional y el nivel de satisfacción general de las personas encuestadas con su vida, la mayoría de las personas entrevistadas dicen tener apoyo de las personas más cercanas (pareja, familia, amigos) y estar satisfechas con su vida, aunque la mujer contesta en mayor medida en este sentido.

En la Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid<sup>181</sup>, son también las mujeres las que puntúan más alto en el apoyo social recibido, si bien, a diferencia de lo que ha ocurrido en nuestro caso, las diferencias no eran estadísticamente significativas. No podemos analizar comparativamente en detalle esta variable puesto que, en la última encuesta madrileña, se ha cambiado el bloque de preguntas del SIVFRENT-A, y en su lugar se ha incluido el cuestionario WONCA. En él, el apoyo social se evidencia de manera global, sin distinguir quién lo ofrece. En la Encuesta de Salud de Andalucía<sup>214</sup>, el apoyo social se pone de manifiesto a través de otra escala, la de apoyo social de Duke que mide, por un lado, la posibilidad de contar con personas para comunicarse (apoyo

emocional o confidencial) y, por otro lado, las demostraciones de amor, cariño y empatía que recibe una persona (apoyo afectivo). En Andalucía, el porcentaje de personas que manifestó tener escasos apoyos confidencial y afectivo, ha disminuido en los últimos años. En 2011, la población andaluza tuvo mayor carencia de apoyo afectivo que confidencial. El 2,6% de la población andaluza mayor de 16 años percibió un escaso apoyo confidencial, y el 5,6% un escaso apoyo afectivo, con mayor carencia en el caso de las mujeres y en las personas de más edad. Sevilla es la provincia en que se detectó menor carencia afectiva. En la Encuesta Nacional de Salud<sup>194</sup>, el apoyo funcional percibido es alto (49,3 puntos de media en un rango de 11 a 55 puntos, en personas de 25 a 34 años, y 48,2 en las de 35 a 44 años) en el mismo estrato de población elegido en nuestro estudio. Prácticamente no existen diferencias entre hombres y mujeres.

En nuestro trabajo, es ligeramente superior el porcentaje de personas que refiere tener siempre o casi siempre el apoyo de la familia frente al apoyo de la pareja. Este hecho ha sido evidenciado también por otros autores, en estudios realizados en otros contextos<sup>424</sup>.

Como se puede apreciar, la medición del apoyo es heterogénea. El apoyo emocional es una dimensión reconocida del apoyo social, entendiéndose como el que provee a la persona sentimientos de estima, afecto, confianza, seguridad. Se completa con el valorativo, que representa la sensación percibida en la que puede contar con alguien, y sentirse acompañada socialmente; el informacional, también conocido como consejo o guía cognitiva, que ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de la red, y el instrumental, que constituye la ayuda tangible y material en la solución a un problema<sup>425</sup>. Diversos autores han evaluado el papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico y obtuvieron que la variable de apoyo social de la red familiar se constituía como predictiva de la ansiedad y depresión, así como del dolor en las enfermedades crónicas estudiadas<sup>426</sup>. Otros, han estudiado la relación entre la falta de apoyo y la aparición de enfermedades físicas<sup>427,428</sup>. También se ha relacionado la carencia de apoyo con la aparición de

enfermedades mentales como la depresión o la neurosis; se ha visto cómo las personas que sufren trastornos de esta índole poseen redes sociales pequeñas, menos intercambios de recursos y relaciones no recíprocas<sup>425,429,430</sup>. Gottlieb<sup>431</sup> describe cómo las intervenciones basadas en el apoyo social han tenido tanto auge en los últimos años, entre otras razones, por los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar y el aumento de la capacidad de afrontar situaciones de estrés, aumentando la autorresponsabilización y competencias personales.

De manera general, la tendencia ha sido asumir dos posiciones teóricas con respecto al papel del apoyo social en la salud. La primera hipótesis sobre los efectos principales o directos, plantea que los efectos de la relación entre apoyo social y salud son independientes del grado de estrés que la persona experimente, ya que el apoyo social aumenta, de manera directa y por sí solo, el bienestar, la autoestima y la salud; es decir, se establece una relación directamente proporcional entre el apoyo social y la salud, por lo que si se aumenta el apoyo social aumenta la salud, (aunque existe consenso alrededor de este planteamiento, no cuenta con el suficiente fundamento teórico ni empírico). La segunda hipótesis plantea que el apoyo social sirve de protector o amortiguador del distrés o efectos negativos generados por los eventos vitales estresantes. Este planteamiento manifiesta que el efecto rehabilitador del apoyo social tiene dos vías de acción fundamentales. La primera es la intervención de apoyo social entre el evento estresor y/o sus expectativas y la situación estresante como tal, a través de la disminución o prevención de la respuesta de estrés, lo que favorece la respuesta eficaz ante la amenaza o su enfrentamiento adecuado. La segunda es la intervención del apoyo social entre el estrés y sus consecuencias patológicas, a través de medidas para reducir la percepción del estrés o comportamientos que influyan de manera directa en la enfermedad y los procesos patológicos. Actualmente, se considera que estos enfoques no son excluyentes, sino que el apoyo social visto de manera sistemática engloba efectos protectores directos y amortiguadores contra la enfermedad o malestar<sup>432</sup>. Rodríguez Marín<sup>433</sup> refiere que el sistema de apoyo social es importante pues permite el mantenimiento de la

integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo y que sus funciones primarias son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales. Igualmente, se ha encontrado que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación con el apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe. La percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes<sup>432</sup>.

Por todo ello, la evaluación del apoyo emocional y social, en general, es un elemento importante sobre el que preguntar a la población, a fin de prever las conductas de salud y respuestas ante situaciones de pérdida de la misma.

Relacionado con el apoyo social, se encuentra el grado de satisfacción de las personas con su vida. En nuestra muestra, más del 80% refería un estado de satisfacción alto o muy alto. Este es un dato eminentemente subjetivo, que incluye una valoración, a modo de resumen, de todos los aspectos de la vida del individuo. No se han encontrado datos al respecto en ninguna de las encuestas de salud que hemos venido utilizando como referencia para contrastar nuestros resultados.

En una encuesta llevada a cabo en los países de la OCDE<sup>434</sup>, se solicitó que calificaran su satisfacción general ante la vida en una escala del 0 al 10. Las personas le asignaron una puntuación de 6,5; sin embargo, el grado de satisfacción ante la vida no es uniforme. Algunos países –Sudáfrica, Portugal, Hungría, y Turquía- tienen un nivel relativamente bajo de satisfacción general ante la vida, con un promedio de 5,5 o menos. En el otro extremo de la escala, las calificaciones alcanzan el 7,6 en Suiza y Noruega, que ocupa el primer lugar. Estas altas puntuaciones pueden estar relacionadas con el modelo noruego de una sociedad relativamente igualitaria, en la que se da importancia al consejo social y a un alto grado de inclusión. En Noruega la desigualdad salarial es relativamente



baja y, a la vez, hay una considerable redistribución por medio del sistema fiscal y de prestaciones. Los españoles le asignaron una puntuación de 6,4, algo menor que el promedio, situándose nuestro país en el puesto 23 de los 38 países considerados.

Según Keyes<sup>435</sup>, la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico y el bienestar social conforman criterios diagnósticos de salud mental y, lógicamente, está en relación con el concepto de bienestar general de la persona y con la percepción del nivel de salud.

No se ha podido efectuar un análisis comparativo respecto de las variables relacionadas con el estado de salud mental, puesto que no están recogidas en ninguna de las encuestas autonómicas y nacional consideradas. Únicamente, en la publicación del estado de salud de la comunidad de Madrid<sup>181</sup> aparecen reflejados datos sobre la frecuencia con que la población ha sido diagnosticada de ansiedad y depresión. Aunque la mayoría de la población estudiada (83,5%) no lo ha sido, sí observan que al 10% le han diagnosticado de una de estas enfermedades en algún momento de su vida. Las mujeres presentan casi el doble de probabilidades que los hombres de recibir este diagnóstico y los mayores de 45 años entre 5 y 6 veces más que los más jóvenes. En nuestro caso, se ha apreciado cierta similitud con esta tendencia únicamente en el grupo de población de 25 a 34 años. Dado que, en el cuestionario utilizado en nuestro estudio no se incluyen estas preguntas, preferimos omitir cualquier tipo de comparación en otro sentido.

### **VI.13. Hipotéticas variables predictoras del nivel de salud percibida**

La mayoría de los modelos empleados para la modificación de conductas tienen su base, por un lado en los conocimientos de las personas y, por otro, en las actitudes frente a las cuestiones relativas a los procesos de salud-enfermedad, es decir, frente a los elementos que pueden ser beneficiosos o perjudiciales para la salud. A su vez, las modificaciones de conducta están en consonancia con la susceptibilidad y vulnerabilidad que una persona crea que tiene con respecto a un

problema de salud. Esta susceptibilidad y vulnerabilidad vienen determinadas, entre otros, con la percepción de bienestar, de la satisfacción con su vida y de la percepción del nivel de salud que se tenga, lo que viene condicionado por diferentes factores personales y comportamentales. Esta es la base conceptual, entre otros, del modelo de creencias de salud<sup>96-98</sup>. Es importante, por tanto, conocer las principales variables predictoras que marcan, en nuestra población, la autopercepción del nivel de salud, a fin de identificar factores de riesgo o protectores.

En el modelo de regresión logística multivariante efectuado, de todas las posibles combinaciones realizadas con las variables significativas, las que más condicionan una mejor percepción del nivel de salud en la población sevillana estudiada han sido la edad joven, el hecho de no haber visitado al médico en el último año, tener un adecuado régimen de sueño (superior a siete horas), tener normopeso, tener un adecuado patrón de ingesta alimenticia (cuatro o más ingestas al día), no automedicarse, no tener hipertensión, tener apoyo de los amigos y estar satisfechos o muy satisfechos con su vida. Podemos decir, por tanto, que estas variables se comportan como factores protectores en la autopercepción del nivel de salud. No obstante, no ha sido posible poner de manifiesto las posibles implicaciones de las mismas en el desarrollo de conductas y estilos de vida saludables en nuestra población, dadas las características del estudio realizado, por lo que habría que tenerlas en cuenta para futuras investigaciones.

En la encuesta de salud de la Comunidad de Madrid<sup>181</sup>, al realizar igualmente un análisis de regresión logística multivariante, ajustando cada variable por todas las demás, se ha encontrado que las variables más relacionadas con una mejor percepción del nivel de salud y calidad de vida son: edad (personas de 16 a 29 años), sexo (mejor en hombres), nivel de estudios secundarios o universitarios, habitantes de distritos con mayor nivel de desarrollo, realización de al menos 30 minutos de ejercicio a diario y no consumo

de medicamentos. No se han encontrado datos relativos a las encuestas poblacionales de nuestra comunidad autónoma ni en la española.

Otros trabajos realizados en España, en grupos poblacionales específicos de personas adultas, delimitan también las variables relacionadas. Así, en el trabajo de Calero et al.<sup>436</sup>, llevado a cabo en trabajadores del área medioambiental de la provincia de Granada, se observa una tendencia significativa en algunos factores protectores para una mejor percepción de la calidad de vida: residir en el ámbito urbano, no sufrir patología o enfermedad común, practicar algún deporte o afición, tener mayor cualificación profesional y estar en normopeso.

No se incluyen en el análisis comparativo trabajos publicados en España y otros países sobre variables relacionadas con el nivel de salud percibido y/o calidad de vida, realizados en grupos de edad diferentes a los de nuestro estudio, como personas mayores, o en grupos de pacientes aquejados de determinados problemas como diabetes, nefropatías, alcoholismo...dado que las variables predictoras no son equiparables a las de estudios efectuados en población general.



## **VII. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA**



A nuestro modo de ver, las posibles limitaciones encontradas tras la realización del estudio son las siguientes:

La utilización del cuestionario SIVFRENT-A no nos ha permitido evidenciar algunos aspectos, como los relacionados con las dimensiones de la calidad de vida, por lo que sería recomendable su adaptación, incluyendo preguntas relacionadas con la misma, o bien, emplear conjuntamente otros instrumentos como el cuestionario WONCA, incorporado por otros autores, como complemento al SIVFRENT, en fechas posteriores a la de recogida de datos de nuestro estudio.

Del mismo modo, caso de volver a emplear el mismo cuestionario, se deberían reformular algunas de las preguntas, especificando más algunas modalidades de respuesta, por ejemplo en lo que atañe a jornada laboral o medidas de seguridad vial, simplificando otras, como por ejemplo, las referidas al hábito tabáquico, alimentación o ejercicio físico, en las que, en muchos casos, se han tenido que efectuar transformaciones, agregando categorías, dada la variabilidad de las respuestas posibles.

Las respuestas a las preguntas del cuestionario de las personas participantes fueron realizadas por declaración, por lo que no pudieron ser verificadas; esto conlleva un cierto margen de error, asociado a toda respuesta subjetiva, que puede estar condicionada por factores que no están al alcance del investigador. No obstante, el anonimato de los cuestionarios favorecía también una mayor sinceridad a la hora de contestar las preguntas.

Las nuevas recomendaciones en materia de prácticas preventivas, orientadas al diagnóstico precoz, hacen que algunas preguntas del cuestionario se hayan quedado obsoletas, en el grupo de edad considerado en el estudio y, por tanto, los resultados obtenidos en estos aspectos han perdido consistencia y trascendencia, a efectos de las recomendaciones en los mensajes educativos que puedan ofrecer las enfermeras en las consultas de atención primaria y/o en los contactos comunitarios con grupos poblacionales específicos.

Por último, el carácter observacional y transversal del estudio no ha permitido establecer una relación causal entre variables, ya que no se puede establecer una relación procedencia-consecuencia entre las hipotéticas variables predictoras (conductas) y el nivel de salud autopercebida; no obstante, fue posible explorar algunas asociaciones que orientarán el diseño de futuros estudios analíticos, que permitan verificar las hipótesis generadas. También sería de interés, en este tipo de estudios, incorporar variables contextuales que permitan identificar qué parte de la variabilidad en las conductas de las personas es debida a sus características individuales o al medio en que se desenvuelven (análisis multinivel).

En lo referente a la prospectiva del estudio, al ser éste el primer trabajo que explora, de manera amplia, las conductas que realiza la población sevillana autóctona adulta joven, en relación con su salud, puede servir de base para establecer posteriores comparaciones, que permitan dibujar y analizar, con perspectiva futura, los estilos de vida en otros grupos etarios, así como los posibles cambios de comportamiento en el grupo poblacional considerado e indagar las similitudes y diferencias con personas residentes en nuestra ciudad que provengan de otros países.

Asimismo, este trabajo permitirá orientar las valoraciones enfermeras en la población adulta joven, considerando aquellas posibles conductas que puedan ser predictoras del nivel de salud, e incluir mensajes educativos pertinentes para el abordaje y la prevención de problemas de salud presentes o futuros, de suerte que las aportaciones de trabajos como este puedan redundar en una mejora del nivel de salud de la población sevillana.



## **VIII. CONCLUSIONES**



1.- El perfil tipo de una persona adulta joven autóctona de la ciudad de Sevilla y, por tanto, en la muestra es: hombre o mujer, con una edad aproximada de 35 años, casada o que vive en pareja, con estudios universitarios, secundarios o superiores, con trabajo remunerado como administrativo y vivienda propia, que convive con tres personas y manifiesta estar preocupada por su situación económica.

2.- La mayoría de las personas estudiadas percibe su estado de salud como bueno, muy bueno o excelente, especialmente los hombres. Las mujeres, en mayor medida, dicen tener apoyo de las personas más cercanas (pareja, familia, amigos) y estar satisfechas con su vida. Destaca un patrón adecuado de reposo-sueño en ambos sexos y una calidad de vida aparentemente buena. Aun así, la inmensa mayoría ha acudido a la consulta médica en el último año.

3.- Generalmente, se desempeña un trabajo que requiere escasa actividad física, mientras que, en los momentos de ocio o tiempo libre, se declara la realización de ejercicio físico con asiduidad, siendo los hombres y las personas de menor edad quienes presentan una conducta menos sedentaria.

4.- Las altas cifras de sobrepeso u obesidad indicarían un patrón alimentario inadecuado. De hecho, la mayoría de la población encuestada realiza únicamente cuatro ingestas al día: desayuno, a media mañana, a mediodía y cena. El consumo de carne es alto, el de frutas escaso, los refrescos presentan un porcentaje nada despreciable y los fritos adquieren predominancia por la noche. Podríamos decir que es un modelo que nos aleja de la llamada «dieta mediterránea» tradicional, originando lo que algunos autores denominan «dieta mediterránea evolucionada», que no está exenta de riesgos. Consecuentemente, el adelgazamiento ha sido el motivo principal por el que casi la mitad de la

muestra ha realizado alguna dieta en los últimos seis meses, especialmente las mujeres.

5.- El consumo de alcohol suele ser alto en ambos sexos, pero más en los hombres, siendo lo habitual que se beba cerveza, dejándose los combinados para el fin de semana, especialmente en el caso de los más jóvenes. Casi la mitad de la muestra fuma actualmente, especialmente los más jóvenes.

6.- La frecuencia de automedicación supera al empleo de remedios tradicionales y la inmensa mayoría considera que el consumo de sustancias tóxicas o drogas no mejora el estado de salud ni contribuye al bienestar de las personas, pero más del 10% de la muestra reconoce consumir drogas ilegales (marihuana y hachís), más frecuentemente los hombres.

7.- La mayoría de la muestra mantiene relaciones heterosexuales, utiliza algún método anticonceptivo y no ha padecido ninguna infección de transmisión sexual. Las mujeres acuden con cierta regularidad al ginecólogo y más de la mitad estuvieron embarazadas previamente, especialmente las de mayor edad, siendo preocupante la frecuencia de embarazos que no llegaron a término.

8.- La mayoría de la población femenina se ha sometido a pruebas de cribaje, especialmente citología y, en menor medida, mamografía. Dado el grupo poblacional estudiado, la prevalencia de enfermedades crónicas ha sido baja en ambos sexos y también las medidas de prevención secundaria relacionadas con las mismas.

9.- La población estudiada hace un uso irregular de las medidas de seguridad vial, siendo más frecuente la utilización de medidas de protección cuando

conducen o viajan como pasajeros en un automóvil, pero es preciso enfatizar en la necesidad de las mismas cuando se viaja en motocicleta o en bicicleta.

10.- Se hace necesario reforzar los mensajes educativos, fundamentalmente por parte de las enfermeras de atención primaria, acerca de la alimentación, el consumo de alcohol y tabaco y la automedicación, a fin de que la población desarrolle patrones de conductas saludables. Estudios longitudinales posteriores nos permitirán conocer la implicación de estas y otras conductas en la autopercepción del nivel de salud y en la calidad de vida de la población sevillana.



## **IX. BIBLIOGRAFÍA**





- 1.- Mokdad A, Mark J, Stroup D, Gerberding J: Actual causes of death in the United States. *JAMA*. 2004; 291(10):1238-45.
- 2.- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004; 27(5):1047-53.
- 3.- Berghofer A, Pischon T, Reinhold T, Apovian CM, Sharma AM, Willich SN. Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health*. 2008; 8:200.
- 4.- Medrano MJ, Boix R, Cerrato E, Ramírez M. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular en España: revisión sistemática de la literatura. *Rev Esp Salud Pub*. 2006; 80:5-15.
- 5.- Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem L, Ribas Barba L, Quiles Izquierdo J, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120(16):608-12.
- 6.- van Dam RM. The epidemiology of lifestyle and risk for type 2 diabetes. *Eur J Epidemiol*. 2003; 18(12):1115-25.
- 7.- Marrero JA, Fontana RJ, Fu S, Conjeevaram HS, Su GL, Lok AS. Alcohol, tobacco and obesity are synergistic risk factors for hepatocellular carcinoma. *J Hepatol*. 2005; 42:218-24.
- 8.- Nocon M, Hiemann T, Müller-Riemenschneider F, Thalau F, Roll S, Willich SN. Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008; 15(3): 239-46.
- 9.- Kaczynski AT, Manske SR, Mannel RC, Grewal K. Smoking and physical activity: A systematic review. *Am J Health Behav*. 2008; 32(1):93-110.

- 10.- Fedirko V, Tramacere I, Bagnardi V, Rota M, Scotti L, Islami F, et al. Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response metaanalysis of published studies. *Ann Oncol*. 2011; 22(9):1958-72.
- 11.- Grau M, Elosua R, Cabrera de León A, Guembe MJ, Baena-Díez JM, Vega Alonso T et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: Metaanálisis con datos individuales de 11 estudios de base poblacional. Estudio DARIOS. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64:295-304.
- 12.- Jakicic JM, Davis KK. Obesity and physical activity. *Psychiatr Clin North Am*. 2011; 34(4):829-40.
- 13.- Fernández-Bergés D, Félix-Redondo [FJ](#), Lozano L, Pérez-Castán JF, Sanz H, Cabrera De León A, et al. Prevalencia de síndrome metabólico según las nuevas recomendaciones de la OMS. Estudio HERMEX. *Gac Sanit*. 2011; 25(6):519-24.
- 14.- Yang Q, Cogswell ME, Flanders WD, Hong Y, Zhang Z, Loustalot F et al. Trends in Cardiovascular Health Metrics and Associations With All-Cause and CVD Mortality Among US Adults. *JAMA*. 2012; 307:1273-83.
- 15.- Zhao J, Zhu Y, Wang PP, West R, Buehler S, Sun Z et al. Interaction between alcohol drinking and obesity in relation to colorectal cancer risk: a case-control study in Newfoundland and Labrador, Canada. *BMC Public Health*. 2012; 12:94.
- 16.- Zhou Q, Mi Oh K. Comparison of lifestyle behaviors and related factors between Asian American and white adults with prediabetes. *Nurs Health Sci*. 2012; 14(1): 58-66.
- 17.- Nelson D, Powell-Griner E, Town M, Kovar M. A comparison of national estimates from the National Health Interview Survey and the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Am. J. Public Health* 2003; 93(8): 1335-41.

- 18.- Liu K, Daviglus ML, Loria CM, Colangelo LA, Spring B, Moller AC. Healthy Lifestyle Through Young Adulthood and the Presence of Low Cardiovascular Disease Risk Profile in Middle Age. The Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults (CARDIA) Study. *Circulation*. 2012; 125:996-1004.
- 19.- Stamler J, Stamler R, Neaton JD, Wentworth D, Daviglus ML, Garside D et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and non-cardiovascular mortality and life expectancy. *JAMA*. 1999; 282(21): 2012-8.
- 20.- Daviglus ML, Stamler J, Pirzada A, Yan LL, Garside DB, Liu K, et al. Favorable cardiovascular risk profile in young women and long-term risk of cardiovascular and all-cause mortality. *JAMA*. 2004; 292:1588-92.
- 21.- Buttar HS, Li T, Ravi N. Prevention of cardiovascular diseases: role of exercise, dietary interventions, obesity and smoking cessation. *Exp Clin Cardiol*. 2005; 10(4):229-49.
- 22.- Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemio K, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet*. 2006; 368(9548):1673-9.
- 23.- Bazzano AT, Zeldin AS, Diab IR, Garro NM, Allevato NA, Lehrer D. The Healthy Lifestyle Change Program: a pilot of a community based health promotion intervention for adults with developmental disabilities. *Am J Prev Med*. 2009; 37(suppl 1):S201-S208.
- 24.- Nilsen V, Bakke PS, Gallefoss F. Effects of lifestyle intervention in persons at risk for type 2 diabetes mellitus - results from a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2011; 11:893.
- 25.- Ford ES, Zhao G, Tsai J, Li C. Low-risk lifestyle behaviors and all-cause mortality. *Am J Public Health*. 2011; 101(10):1922-9.

- 26.- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Million Hearts: strategies to reduce the prevalence of leading cardiovascular disease risk factors- United States, 2011. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011; 60:1248-51.
- 27.- Schuit J, van Loon J, Tijhuis M, Ocke M. Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. Prev Med. 2002; 35(5):219-24.
- 28.- Berrigan D, Dodd K, Troiano R, Krebs-Smith S, Barbash R. Patterns of health behaviour in U.S. adults. Prev Med. 2003; 36(5):615-23.
- 29.- van der Wilk EA, Jansen J. Lifestyle-related risks: are trends in Europe converging?. Public Health. 2005; 119:55-66.
- 30.- Poortinga W. The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. Prev Med. 2007; 44(2):124-8.
- 31.- Schneider S, Huy C, Schuessler M, Diehl K, Schwarz S. Optimising lifestyle interventions: identification of health behaviour patterns by cluster analysis in a German 50+ survey. Eur J Public Health. 2009; 19:271-7.
- 32.- Nieuwenhuijzen Mv, Junger M, Velderman MK, Wiefferink KH, Paulussen TWGM, Hox J, Reijneveld SA: Clustering of health-compromising behaviour and delinquency in adolescents and adults in the Dutch population. Prev Med. 2009; 48:572-8.
- 33.- Conry MC, Morgan K, Curry P, McGee H, Harrington J, Ward M et al. The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. BMC Public Health. 2011; 11:692.
- 34.- Timmerman GM. Using self-care strategies to make lifestyle changes. J Holist Nurs. 1999; 17(2): 169-83.
- 35.- Katherine LK, Farris N, Stoupa R, Agrawal S. Public and community health nursing interventions with vulnerable primary care clients: a pilot study. J Community Health Nurs. 2009; 26(2): 87-97.

- 36.- Pons X, Gil Lacruz M. Patrones de comportamiento relacionados con la salud en una muestra española de población general. *Acta Colomb Psicol.* 2008; 11(1): 97-106.
- 37.- Bronfman M, Gleizer M. Participación comunitaria: Necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cad. Saúde Publ.* 1994; 10(1):111-22.
- 38.- Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac San.* 2006; 20 (Supl.1): 192-202.
- 39.- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de salud 2006. [Recuperado 18 Sep 2013]. Disponible en: [http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta 2006.htm](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta%202006.htm)
- 40.- European Comission. Eurostat. Población y condiciones sociales. [Recuperado 18 Sep 2013]. Disponible en: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/ statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database)
- 41.- Berra S, Eloraza JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. 2004. [monografía en Internet] [Recuperado 18 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0401ca.pdf>
- 42.- Pardo G, Engel JL, Agudo S. Percepción de la salud en población inmigrante procedente de África subsahariana I. *Semergen.* 2006; 32(10):484-9.
- 43.- Malmusi D, Jansá JM, del Vallado L. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev Esp Salud Pública.* 2007; 81(4): 399-409.

- 44.- Carrasco-Garrido P, De Miguel AG, Barrera VH, Jiménez-García R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health*. 2007; 17(5): 503-7.
- 45.- Rodríguez E, Lanborena N, Senhaji M, Pereda C, Aguirre C. Variables sociodemográficas y estilos de vida como predictores de autovaloración de la salud de los inmigrantes en el País Vasco. *Gac Sanit*. 2008; 22(5): 404-12.
- 46.- Rodríguez E, Lanborena N, Pereda C, Rodríguez A. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco. *Rev Esp Salud Pública*. 2008; 82(2): 209-20.
- 47.- Tortajada S, Valderrama JC, Castellano M, Llorens N, Agulló V, Herzog B, et al. Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos. *Psicothema*. 2008; 20(3): 403-7.
- 48.- Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández Barrera V, López de Andrés A, Gil de Miguel A. Los patrones de uso de medicamentos en la población residente de inmigrantes en España: factores asociados. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2009; 18(8): 743-50.
- 49.- García-Gómez P, Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit*. 2009; 23(Suppl 1): S38-46.
- 50.- Aerny N, Ramasco M, Cruz JL, Rodríguez C, Garabato S, Rodríguez A. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 2010; 24(2):136-44.
- 51.- García Fernández J. Conductas de salud de la población inmigrante china adulta en la ciudad de Sevilla: Estudio piloto. Trabajo Fin de Máster. Sevilla. 2011.

- 52.- González JR, Lomas MM, García J, Pascualvaca J, Guardado MJ, Muñoz B, et al. Conductas de salud en inmigrantes latinoamericanos adultos del Distrito Macarena de Sevilla (España). Invest Educ Enferm. 2010; 28(3):384-95.
- 53.- González López JR. Análisis de las conductas de salud de la población inmigrante latinoamericana adulta de la ciudad de Sevilla. Tesis Doctoral. Sevilla. 2012.
- 54.- Ashton J, Seymour H. La nueva salud pública. Barcelona: Masson, 1990.
- 55.- OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. [Recuperado 18 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- 56.- Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Madrid: Masson; 2008.
57. Oblitas L. Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson; 2003.
58. Oblitas L. 20 enfoques psicoterapéuticos contemporáneos. Bogotá: PSICOM; 2004.
59. Oblitas L. Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria. Bogotá: PSICOM; 2004.
- 60.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y salud. Ginebra: OMS; 2001.
- 61.- Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública (11ª ed). Barcelona: Masson; 2008.
- 62.- Rodríguez M, Zaldívar D. Retos a la psicología en el tratamiento de la categoría de estilo de vida en el proceso salud- enfermedad. Rev Cuba Psicol. 2001; 18(1):20-7.

- 63.- Gómez Arqués MA. Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 2005.
- 64.- Abel T. Measuring Health lifestyle in comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. Soc Sci Med. 32(1):899-908.
- 65.- Adler A. El sentido de la vida. Barcelona: Ed. Luis Miracle. 1973.
- 66.- Nutbeam, D. Health Promotion Glossary (original Health Promotion Glossary). Health Promot J. 1986; 1.1:113-27.
- 67.- OMS. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: OMS. 1998.
- 68.- Roth E. Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. Rev Latin Psicol. 1990; 22(1):27-50.
- 69.- Barriga S. La salud ¿Para qué?. En: León JM, Barriga S. Psicología de la salud. Ed. Eudema. 1993, pp. 17-30.
70. Zaldívar D. Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Ed. Científico Técnica. 1996.
- 71.- Fidler G S. Life-style performance: from profile to conceptual model. Am J Occup Ther. 1996; 50(2):139-47.
- 72.- Perea R. Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo. Madrid: Editorial Díaz de Santos. 2004.
- 73.- Guerrero Montoya LR, León Salazar AR. Estilo de vida y salud. EDUCERE. 2010; 48:13-9.
- 74.- Chaney D. Lifestyles. London: Routledge. 1996.
- 75.- Bibeau GD, Pedersen D, Fuentes G. Estilos de vida y sistemas de trabajo. Santiago de Chile: Editorial Universitaria. 1985.



- 76.- Smits CH, Deeg DM, Schmand B. Cognitive functioning and Health as determinants of mortality . Am J Epidemiol. 1999; 150(9):978-86.
- 77.- Whalley L, Deary IJ. Longitudinal cohort study of childhood IQ and survival up to age 76. BMJ. 2001; 322(7290): 819.
- 78.- Monreal P, del Valle A, Serda B. Los Grandes Olvidados: Las Personas Mayores en el Entorno Rural. Interv Psicosoc. 2009; 18(3):269-77.
- 79.- Walters GD. Beyond Behavior. Construction of an Overarching Psychological Theory of Lifestyles. Westport: Praeger Publishers. 2000. 1994.
- 80.- Kasl SV, Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behavior. Arch Environ Health. 1966; 12(2):246-66.
- 81.- de la Torre S, Tejada J. Estilos de Vida y Aprendizaje Universitario. Rev Iber Educ. 2007; 44:101-31.
- 82.- Moraes MC. O pensamento eco-sistêmico: educação, aprendizagem e cidadania no século XXI. Petrópolis, RJ: Vozes. 2004.
- 83.- Allport GW. La personalidad. Su configuración y desarrollo. La Habana: Ed. Revolucionaria. Instituto Cubano del Libro. 1971, cit. por Rodríguez M, Zaldívar D. Retos a la psicología en el tratamiento de la categoría de estilo de vida en el proceso salud- enfermedad. Rev Cuba Psicol. 2001; 18(1):20-7.
- 84.- Jenkins D. Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. 2005.
- 85.- Barrios-Cisnero HA. Estilo de Vida Saludable y Espiritualidad. Monografía s/p. Venezuela: Mérida. 2007.
- 86.- Sutton S. Determinants of Health-Related Behaviours: Theoretical and Methodological Issues. En: Sutton S, Baum A, Johnston M (Eds.). The Sage handbook of health psychology. London: Sage, 2004, pp. 94-126.

- 87.- Weinstein ND, Rothman AJ, Sutton SR. Stage Theories of Health Behavior: Conceptual and Methodological Issues. *Health Psychol.* 1998; 17:290-9.
- 88.- Bandura B. Estilos de vida y salud: La perspectiva socio ecológica. En: Ruiz Olabuenaga JI (Ed.). *Estilos de vida e investigación social*. Bilbao: Mensajero. 1982, pp. 219-35.
- 89.- Pastor Y, Balaguer I, García-Merita M. Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Rev Psicol Salud.* 1998; 10(1):15-52.
- 90.- World Health Organization Regional Comité For Europe. Revised list of indicators and procedure for monitoring progress toward health for all in the European Region (1987-1988). Document EUR/REC37/8 rev.1.
- 91.- Medina S, León Rubio JM. Modelos explicativos de la Psicología de la salud. En: León Rubio JM, Medina S, Barriga S, Ballesteros A, Herrera IM. *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Editorial UOC. 2004, pp. 61-95.
- 92.- Hochbaum GM. Public Participation in Medical Screening Programs: A Socio-psychological Study. Public Health Service Publication No. 572. Washington DC: Government Printing Office. 1958. [Recuperado 19 Sep 2013]. Disponible en: <http://128.121.13.244:8080/awweb/main.jsp?flag=browse &smid=1&awdid=1>
- 93.- Rosenstock IM. Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly.* 1966; 44: 94-124. [Recuperado 19 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.milbank.org/uploads/documents/QuarterlyCentennialEdition/Why%20oppl.%20Use%20Health%20Srvcs.pdf>
- 94.- Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care.* 1975; 13(1): 10-24, cit, por: Jiménez Sánchez MP. Motivación y salud. En Fernández-Abascal EG, Jiménez Sánchez MP, Martín Díaz MD (Eds.). *Emoción y motivación*. La

adaptación humana. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces SA. 2003, pp. 831-54.

95.- Jiménez Sánchez MP. Motivación y salud. En Fernández-Abascal EG, Jiménez Sánchez MP, Martín Díaz MD (Eds.). Emoción y motivación. La adaptación humana. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces SA. 2003, pp. 831-54.

96.- Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias de Salud. Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther. 2003; 3:91-109.

97.- Fishbein M, Ajzen I. Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley. 1975.

98.- Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. J Exp Soc Psychol. 1986; 22:453-74.

99.- McEachan RRC, Conner M, Taylor NJ, Lawton RJ. Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis, Health Psychol Rev. 2011; 5:97-144.

100.- Ajzen I. The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. Psychol Health. 2011; 26(9):1113-27.

101.- Rogers RW, Prentice-Dunn S. Protection motivation theory. En: Gochman D. (Ed.). Handbook of health behavior research: Vol.1. Determinants of health behavior: Personal and social. New York: Plenum. 1997, pp. 113-32.

102.- Worchel S, Cooper J, Goethals GR, Olson JM. Psicología social. México: Thomson Learning. 2002.

- 103.- Hoggs MA, Vaughan G. Psicología social 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2008.
- 104.- Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman. 1997.
- 105.- Weinstein ND. The Precaution Adoption Process. *Health Psychol.* 1988; 7: 355-86.
- 106.- Weinstein ND, Sandman PM. A Model of the Precaution Adoption Process: Evidence From Home Radon Testing. *Health Psychol.* 1992; 11:170-80.
- 107.- Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. En: Miller WR, Heather N (Eds.). *Treating addictive behaviors.* New York: Plenum. 1985, pp. 3-27.
- 108.- Flórez-Alarcón L. El proceso de adopción de precauciones en la promoción de la salud. *Rev Argent Clin Psicol.* 2002; Vol. XI: 23-33.
- 109.- Rothman AJ, Klein WM, Weinstein ND. Absolute and Relative Biases in Estimations of Personal Risk. *J Appl Soc Psychol.* 1996; 26:1213-36.
- 110.- Schwarzer R. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. En: Schwarzer R (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action.* Washington, DC: Hemisphere. 1992, pp. 217-43.
- 111.- Luszczynska A, Schwarzer R. Planning and self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination: A longitudinal study on self-regulatory cognitions. *Psychol Health.* 2003; 18:93-108.
- 112.- Sniehotta FF, Luszczynska A, Scholz U, Lippke S. Discontinuity patterns in stages of the precaution adoption process model: Meat consumption during a livestock epidemic. *Br J Health Psychol.* 2005; 10:221-35.

- 113.- Sniehotta FF, Scholz U, Schwarzer R. Bridging the intention–behavior gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychol Health*. 2005; 20:143-60.
- 114.- Ziegelmann JP, Lippke S, Schwarzer R. Adoption and maintenance of physical activity: Planning interventions in young, middle-aged, and older adults. *Psychol Health*. 2006; 21:145-63.
- 115.- Sniehotta FF, Scholz U, Schwarzer R. Action plans and coping plans for physical exercise: A longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation. *Br J Health Psychol*. 2006; 11:23-37.
- 116.- Schüz B, Sniehotta FF, Mallach N, Wiedemann AU, Schwarzer R. Predicting transitions from preintentional, intentional and actional stages of change: Adherence to oral self-care recommendations. *Health Educ Res*. 2009; 24:64-75.
- 117.- Schwarzer R, Gutiérrez-Doña B. *Rev. Costarric. Psicol*. 2009; 28(1):11-39.
- 118.- Marlatt GA, Baer JS, Quigley LA. Self-efficacy and addictive behavior. En: Bandura A (Ed.). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press. 1995, pp. 289-315.
- 119.- Marlatt GA. *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: Guilford. 2002.
- 120.- Ewart CK. Social action theory for a public health psychology. *Am Psychol*. 1991; 46(9):931-46.
- 121.- Gil Lacruz M. *Psicología social: Un compromiso aplicado a la salud*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza. 2007.
- 122.- Ewart CK. Changing our unhealthy ways: Emerging perspectives from Social Action Theory. En: DiClemente RJ, Crosby R, Kegler M (Eds.). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research* (2nd ed). San Francisco: John Wiley & Sons. 2009, pp. 359-91.

- 123.- Pender NJ. A conceptual model for preventive health behavior. Nurs Outlook. 1975; 23(6):385-90.
- 124.- Sakraida TJ. Nola J Pender: El modelo de promoción de la salud. En: Raile M, Marriner A, (Eds.). Modelos y Teorías en Enfermería (7ª ed). Barcelona: Elsevier. 2011, pp. 434-52.
- 125.- Aristizábal GP, Blanco DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 201; 8:16-23.
- 126.- Peterson SJ, Bredow TS. Middle range theories: Application to nursing research (2nd ed.). Philadelphia PA: Lippincott, Williams & Wilkins. 2009, cit. por: Ripollone JM. Health Promotion Theory: A Critique With a Focus on Use in Adolescents. 2011. [Recuperado 20 Sep 2013]. Disponible en: <http://jacquelinekeller.files.wordpress.com/2011/01/health-promotion-theory.pdf>
- 127.- Ripollone JM. Health Promotion Theory: A Critique With a Focus on Use in Adolescents. 2011. [Recuperado 20 Sep 2013]. Disponible en: <http://jacquelinekeller.files.wordpress.com/2011/01/health-promotion-theory.pdf>
- 128.- Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall. 2006.
- 129.- Elliot DS. Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En: Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO (Eds.). Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century. Oxford: Oxford University Press. 1993, pp. 119-50, cit. por: Equipo español de investigación del estudio europeo sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Estilos de vida y material didáctico. Tema 2. Estilos de vida. Disponible en: <http://www.hbsc.es/pdf/form/tema2.pdf>
- 130.- Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996; 11(1):11-8.

- 131.- Rivera F, Ramos P, Moreno Rodríguez C, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en Salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2011; 85(2):137-47.
- 132.- Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int*. 2006; 21(2):238-44.
- 133.- Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int*. 2008; 23(2):190-8.
- 134.- Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica (3ª ed). Madrid: Elsevier; 2004.
- 135.- Salazar-Torres IC, Varela-Arévalo MT, Lema-Soto LF, Tamayo-Cardona JA, Duarte-Alarcón C y Equipo de investigación CEVJU Colombia. Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Rev Salud Pública*. 2010; 12(4): 599-611.
- 136.- Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish language version of the Health-Promoting Life style Profile. *Nurs Res*. 1990; 39(5):268-73.
- 137.- Hulme PA, Walker SN, Effle KJ, Jorgensen L, McGowan MG, Nelson JD, et al. Health promoting life style behaviors of spanish-speaking hispanic adults. *J Transcult Nurs*. 2003; 14(2):244-54.
- 138.- Arrivillaga M, Salazar IC. Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicol conduct*. 2005; 13(1):19-36.
- 139.- Korolewski L. Evaluation of Life Style Risk Assessment and Health Education Program. *Publ Hlth Lond*. 1984; 98:372-6.
- 140.- Skinner HA, Allen BA, McIntosh MC, Palmer WH. Life style assessment: just asking makes a difference. *Br Med J*. 1985; 290(6463):232-5.
- 141.- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res*. 1987; 36(2):76-81.

142.- Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuestionario de adultos [Recuperado 20 Sep 2013]. Disponible en: [http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/ENS\\_06\\_Adultos\\_definitivo.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/ENS_06_Adultos_definitivo.pdf)

143.- Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles [Recuperado 20 Sep 2013]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA\\_Generico\\_FA&cid=1142500414129&language=es&pageid=1142331181236&pagename=PortalSalud%2FPTSA\\_Generico\\_FA%2FPTSA\\_pintarGenericoIndice&pv=1142331146422&vest=1159289986941](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142500414129&language=es&pageid=1142331181236&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142331146422&vest=1159289986941)

144.- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surveillance of certain health behaviors among states and selected local areas - Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States. MMWR Surveill Summ. 2010; 59:1-221.

145.- CDC. BRFSS. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento. Cuestionario. 2011 [Recuperado 20 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/q2011span.pdf>

146.- Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población. [Recuperado 20 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/&file=inebase>

147.- Bueno A, Guillén JF, García Martín M, Espigares E. Salud del adulto. En: Sierra A, Sáenz MC, Fernández-Crehuet J et al (Eds). Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública (11ª ed). Barcelona: Elsevier-Masson; 2008, p. 976-91.

148.- Martín Ruiz JF. Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales. Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. [Recuperado 20 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-190.htm>



- 149.- Padrón Municipal de Habitantes. Servicio de Estadística. Sevilla: Ayuntamiento de Sevilla; 2009.
- 150.- Sentís J, Pardell H, Cobo E, Canela J. Manual de Bioestadística (3ª ed.). Barcelona: Masson; 2003.
- 151.- Silva LC. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
- 152.- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [monografía en internet]; 2008. [Recuperado 20 Sep 2013]. Disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf)
- 153.- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298, de 14 de diciembre.
- 154.- Bisquerra R. Introducción conceptual al análisis multivariable. Un enfoque informático con los paquetes SPSS-X, LISREL y SPAD. Barcelona: P.P.U., S.A.; 1989.
- 155.- Jilcott SB, Vu MB, Morgan J, Keyserling TC. Promoting Use of Nutrition and Physical Activity Community Resources Among Women in a Family Planning Clinic Setting. *Women & Health*. 2012; 52:55-70.
- 156.- Rajabizadeh G, Ramezani MA, Roohafza H, Pourdamgham N, Khosravi A, Rabiei K et al. Association between cigarette smoking and socio-demographics, lifestyle and mental health factors in a sampled Iranian population. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2011; 42:977-87.
- 157.- Duffey KJ, Steffen LM, Van Horn L, Jacobs Jr DR, Popkin BM. Dietary patterns matter: diet beverages and cardiometabolic risks in the longitudinal Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Am J Clin Nutr*. 2012; 95:909-15.

- 158.- Nevanperä NJ, Hopsu L, Kuosma E, Ukkola O, Uitti J, Laitinen JH. Occupational burnout, eating behavior, and weight among working women. *Am J Clin Nutr* 2012; 95:934-43.
- 159.- Khazaei S, Keshteli AH, Feizi A, Savabi O, Adibi P. Epidemiology and Risk Factors of Tooth Loss among Iranian Adults: Findings from a Large Community-Based Study. *BioMed Research International*. 2013. ID 786462, 8 pág. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/786462> [Recuperado 10 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.readcube.com/articles/10.1155%2F2013%2F786462>.
- 160.- Fazlić H, Brborović O, Rukavina TV, Fišter K, Milošević M, Mustajbegović J. Characteristics of People with the Perceived Stress in Croatia: the CroHort Study. *Coll. Antropol.* 2012; 36 (Suppl. 1):165-9.
- 161.- Redondo A, Subirana I, Ramos R, Solanas P, Salaf J, Masiá R et al. Tendencias en la práctica de actividad física en el tiempo libre en el periodo 1995-2005 en Girona. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64:997-1004.
- 162.- Cai SR, Zhu HH, Li QR, Mae XY, Yao KY Zhang SZ et al. Gender disparities in dietary status and its risk factors in underserved populations. *Pub Health*. 2012; 126:324-31.
- 163.- Eguchi E, Iso H, Tanabe N, Wada Y, Yatsuya H, Kikuchi S et al. Healthy lifestyle behaviours and cardiovascular mortality among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. *Eur Heart J*. 2012; 33:467-77.
- 164.- Friedman GD, Cutter GR, Donahue RP, Hughes GH, Hulley SB, Jacobs jr DR et al. CARDIA: Study design, recruitment, and some characteristics of the examined subjects. *J Clin Epidemiol*. 1988; 41:1105-16.
- 165.- Thomson H, Petticrew M, Morrison D. Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. *BMJ*. 2001; 323:187-90.
- 166.- Krieger J, Higgins DL. Housing and Health: Time Again for Public Health Action. *Am J Public Health*. 2002; 92:758-68.

- 167.- Petticrew M, Kearns A, Mason P, Hoy C. The SHARP study: a quantitative and qualitative evaluation of the short-term outcomes of housing and neighbourhood renewal. *BMC Public Health*. 2009; 9:415. [Recuperado 10 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/415>
- 168.- Lomas MM, Lagares E, Lima JS, García Fernández J, Soler S. Metodología para la enseñanza y realización del diagnóstico de salud en la comunidad: una experiencia práctica. *Enfermería Científica*. Enero-febrero de 2002. 14-6.
- 169.- Lomas MM, Lagares E, Lima JS, García Fernández J, Soler S. Instrumentos para la realización del diagnóstico de salud de la comunidad. *Enfermería Científica*. Enero-febrero de 2002. 17-32.
- 170.- Moriarty D, Zack M, Kobau R. The Centers for Disease Control and Prevention's Healthy Days Measures—population tracking of perceived physical and mental health over time. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1:37.
- 171.- Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *J Health Soc Behavior*. 1997; 38:21-37.
- 172.- Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med*. 2004; 59:1297-306.
- 173.- Moller L, Kristensen TS, Holtnagel H. Self-rated health as a predictor of coronary heart disease in Copenhagen, Denmark. *J Epidemiol Community Health*. 1996; 50:423-8.
- 174.- Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009; 69:307-16.
- 175.- Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol*. 1997; 50:517-28.

- 176.- Banegas JR, Graciani A, Guallar-Castrillón P, León-Muñoz LM, Gutiérrez-Fisac JL, López García E, et al. Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). Madrid: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.Universidad Autónoma de Madrid. 2011.
- 177.- DeSalvo K, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. J Gen Intern Med. 2006; 21:267-75.
- 178.- Observatorio de Salud en Asturias. Indicadores de Salud: Mala autopercepción de salud. 2012 [Recuperado 10 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/?indicador=mala-autopercepcion-de-salud>
- 179.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011/12. España. Madrid: MSSSI 2013. [Recuperado 10 Nov 2015]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/EstadoSalud\\_DistribucionPorcentual.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/EstadoSalud_DistribucionPorcentual.pdf)
- 180.- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid 2011. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A). Año 2011. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid N° 10. Volumen 18. Octubre 2012.
- 181.- Díaz-Olalla JM, Benítez-Robredo T. (eds.). Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2014. Madrid: Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; 2015.
- 182.- Suárez M, Neira M, Pastor MT, Ichaso MS. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes Monográficos nº 4. Actividad física, descanso y ocio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.

- 183.- Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders?. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1998; 53(3):144-52.
- 184.- Cooper H. Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Soc Sci Med.* 2002; 54(5):693-706.
- 185.- Fernández de Larrinoa P, Martínez Rodríguez S, Ortiz Marqués N, Carrasco Zabaleta M, Solabarrieta J, Gómez Marroquín I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema.* 2011; 23(3):388-93.
- 186.- Crespo M, López Martínez J. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Boletín sobre el envejecimiento nº 35. 2008.
- 187.- Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabaneque MJ. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gac Sanit.* 2015; 29(1):37-43.
- 188.- Singh-Manoux A, Dugravot A, Shipley MJ, Ferrie JE, Martikainen P, Goldberg M, et al. The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study. *Int J Epidemiol.* 2007; 36:1222-8.
- 189.- Lucumí DI, Grogan-Kaylor A, Espinosa-García G. Asociación de la posición socioeconómica y la percepción del ambiente con la autopercepción del estado de salud en mujeres de Bogotá, Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2013; 34(1):14-20.
- 190.- Mendoza D, Urbina A. Actividad física en el tiempo libre y autopercepción del estado de salud en Colombia. *Apunts. Medicina de l'Esport.* 2013; 48:3-9.

- 191.- Spencer E A, Appleby P N, Davey G K, Key TJ. Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC–Oxford participants. *Public Health Nutrition* 2002; 5:561–5.
- 192.- Zaragoza A, Ortiz Moncada R. Estado nutricional y nivel de actividad física según percepción de los estudiantes de la Universidad de Alicante. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2012; 18(3):149-53.
- 193.- Kakeshita IS, Almeida SS. Relationship between body mass index and self-perception among university students. *Revista de Saúde Pública*. 2006; 40: 497-504.
- 194.- Anónimo. La Encuesta Europea de salud en España 2014 [ine] + La Serie ENSE [MSSSI] = Tendencias de salud en 30 indicadores. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.
- 195.- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization. 2014 [Recuperado 15 Nov 2015]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)
- 196.- James WPT, Jackson-Leach R, Mhurchu CN, Kalamara E, Shayeghi M, Rigby NJ et al. Overweight and obesity (high body mass index). En: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (eds.). *Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Volume 1. Geneva: World Health Organization. 2004; 497-596.
- 197.- Argente MJ. Sobrepeso-obesidad y factores de riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad de Granada. 2014. [Recuperado 28 Mar 2016]. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/24078839.pdf>

- 198.- Alvis N, Valenzuela MT. Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Rev Med Chile* 2010; 138 (Supl 2): 83-7.
- 199.- Ayala GX, Lorendo J, Arredondo E, Patrick K, Elder JP. Examining the importance of sleep in a U.S.-Mexico border community. *J Lat Med Behav.* 2012; 2(1): 33-41.
- 200.- Kennedy SR, LaBrie JW, Hummer JF, Pham AT. Global sleep quality as a moderator of alcohol consumption and consequences in college students. *Addict Behav.* 2012; 37:507-12.
- 201.- Taylor DJ, Bramoweth AD. Patterns and consequences of inadequate sleep in college students: Substance use and motor vehicle accidents. *J Adolesc Health.* 2010; 46(6):610-2.
- 202.- Brooks PR, Girgenti AA, Mills MJ. Sleep patterns and symptoms of depression in college students. *Coll Stud J.* 2009; 43:464-73.
- 203.- Kohatsu ND, Tsai R, Young T, VanGilder R, Burmeister LF, Stromquist AM, Merchant JA. Sleep duration and Body Mass Index in a rural population. *Arch Intern Med.* 2006; 166(16):1701-5.
- 204.- Knutson KL, Ryden AM, Mander BA, Van Cauter E. Role of sleep duration and quality in the risk and severity of type 2 Diabetes Mellitus. *Arch Intern Med.* 2006; 166(16):1768-74.
- 205.- King CR, Knutson KL, Rathouz PJ, Sidney S, Liu K, Lauderdale DS. Short sleep duration and incident coronary artery calcification. *JAMA.* 2008; 300(24): 2859-66.
- 206.- Cohen S, Doyle WJ, Alper CM, Janicki-Deverts D, Turner RB. Sleep habits and susceptibility to the common cold. *Arch Intern Med.* 2009; 169(1):62-7.

- 207.- López Nicolás A, Ramos JM. Utilización de los servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Gac Sanit.* 2009; 23(Suppl 1): S12-8.
- 208.- Calvo R. Utilización de los servicios sanitarios en los inmigrantes del Área 7. II Congreso de la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria. *Trib Sanitaria.* 2006; 197:4-7.
209. Cheik WB, Abad JM, Arribas F, Andrés E, Rabaneque MJ. Utilización de los hospitales públicos por la población extranjera en Aragón (2004-2007). *Gac Sanit.* 2011; 25(4):314-21.
- 210.- Gutiérrez JQ, Clavel M. Emigrantes, inmigrantes y estrés. Madrid: Intersalud; 2005.
211. Juárez S, Díaz Olalla JM. Desigualdades en salud mental en la población extranjera en Madrid. Aspectos metodológicos de medida. *Gac Sanit.* 2011; 25(Espec Congr 2):181.
- 212.- Aerny N, Esteban-Vasallo M, Rodríguez Laso M, Ramasco JL, Cruz JL, Garabato S. El efecto del origen y el tiempo de residencia en España en la salud de los inmigrantes en Madrid. *Gac Sanit.* 2011; 25(Espec Congr 2):178.
- 213.- Anónimo. 7 de abril. Día mundial de la salud. Un chequeo a los españoles. Cifras INE. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. 2/2009.
- 214.- Sánchez Cruz JJ. Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012. Muestra de adultos. Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2013.
- 215.- Guallar-Castillón P, Santa-Olalla P, Banegas JR, López E, Rodríguez-Artalejo F. Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Med Clín. (Barc).* 2004; 123:606-10.
- 216.- Elizondo-Armendáriz JJ, Guillén F, Aguinaga I. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la



población de 18 a 65 años de Pamplona. Rev. Esp. Salud Pública. 2005; 79(5): 559-67.

217.- Rodríguez-Romo G, Cordente CA, Mayorga JI, Garrido-Muñoz M, Macías R, Lucía A et al. Influencia de determinantes socio-demográficos en la adherencia a recomendaciones de actividad física en personas de entre 15 y 74 años de Madrid. Rev Esp Salud Pública. 2011; 85(4):351-62.

218.- Sugiyama T, Healy GN, Dunstan DW, Salmon J, Owen N. Joint associations of multiple leisure-time sedentary behaviours and physical activity with obesity in Australian adults. Int J Behav Nutr Phys Act. 2008; 5:35. DOI: 10.1186/1479-5868-5-35.

219.- Serón P, Muñoz S, Lanas F. Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población chilena. Rev Med Chile. 2010; 138:1232-9.

220.- Knuth AG, Carvalho D, Carvalho S, Azeredo C, Moraes OL, Gomes J et al. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - Ciência e Saúde Coletiva. 2011; 16(9):3697-705.

221.- Banks E, Lim L, Seubsman S-A, Bain C, Sleigh A. Relationship of obesity to physical activity, domestic activities and sedentary behaviours: cross-sectional findings from a national cohort of over 70,000 Thai adults. BMC Public Health. 2011; 11:762. DOI: 10.1186/1471-2458-11-762.

222.- Simpson K. Validity and Reability of the Paffenbarger Physical Activity Questionnaire among Healthy Adults. 2011. Master's Theses. Paper 52. [http://digitalcommons.uconn.edu/gs\\_theses/52](http://digitalcommons.uconn.edu/gs_theses/52).

223.- Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc. 2003; 35:1381-95.

- 224.- Armstrong T, Bull F. Development of the World Health Organization Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). *J Public Health*. 2006; 14:66-70.
- 225.- Gutiérrez-Sánchez A, Pino Justo M. Validación de la versión en español de las propiedades psicométricas de la escala SHRI (self-report habit index) para medir hábitos de ejercicio físico. *Rev Esp Salud Publica*. 2011; 85(4):363-72.
- 226.- Fernández Cabrera T, Medina S, Herrera IM, Rueda S, Fernández del Olmo A. Construcción y validación de una Escala de Autoeficacia para la Actividad Física. *Rev Esp Salud Publica*. 2011; 85(4):405-17.
- 227.- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac San* 2005; 19(2):135-50.
- 228.- Rhodes RE, Mark RS, Temmel CP. Adult sedentary behavior. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2012; 42(3):e3-e28.
- 229.- Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de las personas adultas. *Gac San*. 2004; 18(Supl 1):56-68.
- 230.- Márquez Rosa S, Rodríguez Ordax J, de Abajo S. Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. *Apunts Educación Física y Deportes*. 2006; 83:12-24.
- 231.- Lee IM, Skerrett PJ. Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2001; 33: S459-71.
- 232.- Bull FC, Armstrong TP, Dixon T, Ham S, Neiman A, Pratt M. Physical inactivity. En: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (eds.). *Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Volume 1. Geneva: World Health Organization. 2004; 729-882.

- 233.- Bouchard C Physical activity and health: introduction to the dose–response symposium. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33:347-50.
- 234.- Dunn AL, Trivedi MH, O’Neal HA Physical activity dose–response effects on outcomes of depression and anxiety. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33:S587-97.
- 235.- Friedenreich CM, Courneya KS, Bryant HE. Relation between intensity of physical activity and breast cancer risk reduction. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33:1538-45.
- 236.- Kohl HW. Physical activity and cardiovascular disease: evidence for a dose response. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33:S472-83.
- 237.- Villaverde Gutiérrez C, Torres Luque G, Ramírez Rodrigo J. Obesidad y ejercicio físico. En: Márquez Sosa S, Garatachea Vallejo N. *Actividad física y salud.* Fundación Universitaria Iberoamericana. Madrid: Ed. Díaz de Santos. 2009.
- 238.- Lee IM, Paffenbarger RS Jr. Associations of light, moderate and vigorous intensity physical activity with longevity. *Am J Epidemiol.* 2000; 151:293-99.
- 239.- Pate RR, Pratt M, Blair SN, Macera C, Bouchard C, Buchner D et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA.* 1995; 273:402-7.
- 240.- Centers for Disease Control and Prevention. Increasing physical activity: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR.* 2001; 50:No. RR-18.
- 241.- Oliveira WB, Ábalos-Medina GM, Ruiz-Villaverde G, Moreno-Lorenzo C, Fernández-Pérez AM, Cruz Quintana F, Villaverde C. Importancia del ejercicio físico controlado en cuidadoras familiares de ancianos dependientes. *Scientia.* 2007; 12:27-35.

- 242.- Ribas-Barba L, Serra-Majem L, Salvador G, Castell C, Cabezas C, Salleras L et al. Trends in dietary habits and food consumption in Catalonia, Spain (1992-2003). *Public Health Nutr.* 2007; 10(11A):1340-53.
- 243.- Ruiz Juan F, García Montes ME, Gutiérrez Izquierdo MI, Gutiérrez García MM. La alimentación de los almerienses. En: Ruiz Juan F, García Montes ME (eds.). *Hábitos saludables y estilos de vida de los almerienses*. Almería: Universidad de Almería. 2005.
- 244.- Ruiz E, Ávila JM, Castillo A, Valero T, del Pozo S, Rodriguez P et al. Energy intake, profile, and dietary sources in the spanish population: findings of the ANIBES study. *Nutrients*, 2015; 7:4739-62.
- 245.- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Evaluación nutricional de la dieta española. I. Energía y macronutrientes sobre datos de la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética (ENIDE). Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. 2012. [Recuperado: 15 Nov 2015]. [http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/evaluacion\\_riesgos/estudios\\_evaluacion\\_nutricional/valoracion\\_nutricional\\_enide\\_macronutrientes.pdf](http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/evaluacion_riesgos/estudios_evaluacion_nutricional/valoracion_nutricional_enide_macronutrientes.pdf)
- 246.- Pan A, Sun Q, Bernstein AM, Schulze MB, Manson JE, Willett WC et al. Red meat consumption and risk of type 2 diabetes: 3 cohorts of US adults and an updated meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2011; 94(4): 1088-96.
- 247.- Micha R, Wallace SK, Mozaffarian D. Red and processed meat consumption and risk of incident coronary heart disease, stroke, and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Circulation.* 2010; 121(21): 2271-83.
- 248.- Zheng W, Lee SA. Well-done meat intake, heterocyclic amine exposure, and cancer risk. *Nutr Cancer.* 2009; 61(4):437-46.

- 249.- Sinha R, Cross AJ, Graubard BI, Leitzmann MF, Schatzkin A. Meat intake and mortality: a prospective study of over half a million people. *Arch Intern Med.* 2009; 169(6):562-71.
- 250.- Pan A, Sun Q, Bernstein AM, Schulze MB, Manson JE, Stampfer MJ et al. Red meat consumption and mortality: results from 2 prospective cohort studies. *Arch Intern Med.* 2012 Apr 9; 172(7):555-63.
- 251.- Lock K, Pomerleau J, Causer L, Mckee M. Low fruit and vegetable consumption. En: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (eds.). *Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Volume 1.* Geneva: World Health Organization. 2004; 597-728.
- 252.- Dhingra R, Sullivan L, Jacques PF, Wang TJ, Fox CS, Meigs JB, D'Agostino RB, Gaziano JM, Vasan RS. Soft drink consumption and risk of developing cardiometabolic risk factors and the metabolic syndrome in middle-aged adults in the community. *Circulation.* 2007 Jul 31; 116(5): 480-8.
- 253.- Nettleton JA, Lutsey PL, Wang Y, Lima JA, Michos ED, Jacobs DR Jr. Diet soda intake and risk of incident metabolic syndrome and type 2 diabetes in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Diabetes Care.* 2009; 32(4): 688-94.
- 254.- Fowler SP, Williams K, Resendez RG, Hunt KJ, Hazuda HP, Stern MP. Fueling the obesity epidemic? Artificially sweetened beverage use and long-term weight gain. *Obesity (Silver Spring).* 2008; 16(8):1894-900.
- 255.- Duffey KJ, Steffen LM, Van Horn L, Jacobs DR Jr, Popkin BM. Dietary patterns matter: diet beverages and cardiometabolic risks in the longitudinal Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Am J Clin Nutr.* 2012; 95(4):909-15.

- 256.- Organización Panamericana de Salud. Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud. 2000.
- 257.- Gutjahr E, Gmel G, Rehm J. Relation between average alcohol consumption and disease: an overview. *Eur Addict Res* 2001; 7(3):117-27.
- 258.- Di Castelnuovo A, Rotondo S, Lacoviello L. Meta-analysis of wine and beer consumption in relation to vascular risk. *Circulation* 2002; 105(24):2836-44.
- 259.- White I, Altmann D, Nanchahal K. Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *BMJ*. 2002; 325:191-4.
- 260.- Moskal A, Norat T, Ferrari P, Riboli E. Alcohol intake and colorectal cancer risk: a dose-response meta-analysis of published cohort studies. *Int J Cancer* 2007; 120(3):664-71.
- 261.- Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction* 2003; 98(9):1209-28.
- 262.- Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N et al. Alcohol use. En: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (eds.). *Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Volume 1*. Geneva: World Health Organization. 2004; 959-1108.
- 263.- Bedford D, O'Farrell A, Howell F. Blood alcohol levels in persons who died from accidents and suicide. *Ir Med J* 2006; 99(3):80-3.
- 264.- Rehm J, Klotsche J, Patra J. Comparative quantification of alcohol exposure as risk factor for global burden of disease. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007a; 16(2):66-76.

- 265.- Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bagnardi V, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Arch Intern Med.* 2006; 66(22):2437-45.
- 266.- Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet.* 2009; 373:2223-33.
- 267.- Touvier M, Druet-Pecollo N, Kesse-Guyot E, Andreeva VA, Galan P, Hercberg S et al. Demographic, socioeconomic, disease history, dietary and lifestyle cancer risk factors associated with alcohol consumption. *Int J Cancer.* 2014; 134:445-59.
- 268.- Gènova-Maleras R, Álvarez-Martín E, Morant-Ginestar C, Fernández de Larrea-Baz N, Catalá-López F. Measuring the burden of disease and injury in Spain using disability-adjusted life years: an updated and policy-oriented overview. *Public Health.* 2012; 126(12):1024-31.
- 269.- . Rehm J, Samokhvalov AV, Neuman MG, Room R, Parry C, Lonnroth K, et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health.* 2009; 9:450.
- 270.- Samokhvalov AV, Irving HM, Rehm J. Alcohol consumption as a risk factor for pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Infect.* 2010; 138:1789-95.
- 271.- Shuper PA, Neuman M, Kanteres F, Baliunas D, Joharchi N, Rehm J. Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS--a systematic review. *Alcohol Alcohol.* 2010; 45:159-66.
- 272.- Patra J, Bakker R, Irving H, Jaddoe VW, Malini S, Rehm J. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses. *BJOG.* 2011; 118:411-21.

- 273.- Sarasa-Renedo A, Sordo del Castillo L, Molist G, Hoyos Miller J, Guitart-García A, Barrio G. Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Rev Esp Salud Pública* 2014; 2014; 88(4):469-91.
- 274.- Suárez M, Neira M, Pastor MT, Ichaso MS. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes Monográficos nº 1. Consumo de alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014.
- 275.- Scholz A, Navarrete-Muñoz EM, Garcia de la Hera M, Gimenez-Monzo D, Gonzalez-Palacios S, Valera-Gran D, et al. Alcohol consumption and Mediterranean Diet adherence among health science students in Spain: the DiSA-UMH Study. *Gac Sanit.* 2016; 30(2):126-32.
- 276.- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Informe 2015 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2015.
- 277.- Galán I, González MJ, Valencia-Martín JL. Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. *Rev Esp Salud Pública* 2014; 2014; 88(4):529-40.
- 278.- World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization. 2014.
- 279.- Anderson P, Møller L, Galea G (eds.). Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: World Health Organization. 2012.
- 280.- Valencia-Martín JL, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007; 31(10):1723-30.
- 281.- Gea A, Bes-Rastrollo M, Toledo E, Garcia-Lopez M, Beunza JJ, Estruch R et al. Mediterranean alcohol-drinking pattern and mortality in the SUN



(Seguimiento Universidad de Navarra) Project: a prospective cohort study. *Br J Nutr.* 2014; 111(10):1871-80.

282.- Grønbaek M, Tjønneland A, Johansen D, Stripp C, Overvad K. Type of alcohol and drinking pattern in 56, 970 Danish men and women. *Eur J Clin Nutr.* 2000; 54(2):174-6.

283.- Jensen MK, Andersen AT, Sørensen TI, Becker U, Thorsen T, Grønbaek M. Alcoholic beverage preference and risk of becoming a heavy drinker. *Epidemiology.* 2002; 13(2):127-32.

284.- Tolstrup JS, Jensen MK, Tjønneland A, Overvad K, Grønbaek M. Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. *Addiction.* 2004; 99(3): 323-30.

285.- Smith L, Foxcroft D. Drinking in the UK. An exploration of trends. York: Joseph Rowntree Foundation. 2009.

286.- Trevisan M, Schisterman E, Mennotti A, Farchi G, Conti S; Risk Factor And Life Expectancy Research Group. Drinking pattern and mortality: the Italian Risk Factor and Life Expectancy pooling project. *Ann Epidemiol.* 2001; 11(5): 312-9.

287.- Rehm J, Greenfield T, Rogers J. Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking, and all-cause mortality: results from the US National Alcohol Survey. *Am J Epidemiol* 2001; 153:64-71.

288.- Brewer RD, Swahn MH. Binge drinking and violence. *JAMA.* 2005; 294: 616-8.

289.-Tolstrup J, Groenbaek M. Alcohol and atherosclerosis: recent insights. *Curr Atheroscler Rep* 2007; 9:116-24.

290.- Flowers NT, Naimi TS, Brewer RD, Elder RW, Shults RA, Jiles R. Patterns of alcohol consumption and alcohol-impaired driving in the United States. *Alcohol Clin Exp Res.* 2008; 32(4):639-44.

- 291.- Stahre MA, Brewer RD, Fonseca VP, Naimi TS. Binge drinking among U.S. active-duty military personnel. *Am J Prev Med.* 2009; 36(3):208-17.
- 292.- Naimi TS, Nelson DE, Brewer RD. Driving after binge drinking. *Am J Prev Med.* 2009; 37(4):314-20.
- 293.- Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2010; 171(6):633-44.
- 294.- Karagülle D, Donath C, Grässel E, Bleich S, Hillemacher T. Binge drinking in adolescents and young adults. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2010; 78(4): 196-202.
- 295.- Roerecke M, Greenfield TK, Kerr WC, Bondy S, Cohen J, Rehm J. Heavy drinking occasions in relation to ischaemic heart disease mortality - an 11-22 year follow-up of the 1984 and 1995 US National Alcohol Surveys. *Int J Epidemiol.* 2011; 40(5):1401-10.
- 296.- Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics.* 2007;119 (1):76-85.
- 297.- Assanangkornchai S, Mukthong A, Intanont T. Prevalence and patterns of alcohol consumption and health-risk behaviors among high school students in Thailand. *Alcohol Clin Exp Res.* 2009; 33(12): 2037-46.
- 298.- Anónimo. NIAAA Council Approves Definition of Binge Drinking. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. NIAAA Newsletter. Winter 2004. Number 3; 3.
- 299.- Soler-Vila H, Galán I, Valencia-Martín JL, León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F. Binge drinking in Spain, 2008-2010. *Alcohol Clin Exp Res.* 2014; 38(3):810-9.

- 300.- Valencia-Martín J, González MJ, Galán I. Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: la importancia de los patrones de consumo. *Rev Esp Salud Pública*. 2014; 88(4):433-46.
- 301.- de Looze M, ter Bogt TFM, Raaijmakers QAW, Pickett W, Kuntsche E, Vollebergh WAM. Cross-national evidence for the clustering and psychosocial correlates of adolescent risk behaviours in 27 countries. *Eur J Pub Health*. 2014; 25(1):50-6.
- 302.- Kuntsche E, Müller S. Why Do Young People Start Drinking?. Motives for First-Time Alcohol Consumption and Links to Risky Drinking in Early Adolescence. *Eur Addict Res*. 2012; 18:34-9.
- 303.- Liang W, Chikritzhs T. Age at First Use of Alcohol and Risk of Heavy Alcohol Use: A Population-Based Study. *Biomed Res Int*. 2013; 2013: 721761.
- 304.- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2014.
- 305.- Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013 - Resumen. [Recuperado 2 Oct 2015] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO\\_NMH\\_PND\\_13.2\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf?ua=1)
- 306.- Reid JL, Hammond D, Rynard VL, Burkhalter R. Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2015 Edition. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo. [Recuperado 2 Oct 2015]. Disponible en: [http://tobaccoreport.ca/2015/TobaccoUseinCanada\\_2015.pdf](http://tobaccoreport.ca/2015/TobaccoUseinCanada_2015.pdf)
- 307.- Scollo, MM and Winstanley, MH. Tobacco in Australia: Facts and issues. Melbourne: Cancer Council Victoria. 2016. [Recuperado 19 May 2016]. Disponible en: [www.TobaccoInAustralia.org.au](http://www.TobaccoInAustralia.org.au)

- 308.- Funatogawa I, Funatogawa T, Yanoa E. Trends in smoking and lung cancer mortality in Japan, by birth cohort, 1949-2010. *Bull World Health Organ* 2013; 91:332-40.
- 309.- Jamal A, King BA, Neff LJ, Whitmill J, Babb SD, Graffunder CM. Current Cigarette Smoking Among Adults - United States, 2005–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016; 65(44):1205-11.
- 310.- Office for National Statistics. Opinions and Lifestyle Survey, Smoking Habits Amongst Adults, 2012. [Recuperado 2 Oct 2015]. Disponible en: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171776\\_328041.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171776_328041.pdf)
- 311.- Zatoński W, Przewoźniak K, Sulkowska U, West R, Wojtyła A. Tobacco smoking in countries of the European Union. *Ann Agr Env Med*. 2012; 19(2): 181-92.
- 312.- Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et al. Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012. *JAMA*. 2014; 311(2): 183-92. Contenido suplementario (categorías, definiciones y resultados pormenorizados). Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1812960>
- 313.- World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco. Appendix IX. [Recuperado 2 Oct 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2015/report/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/report/en/)
- 314.- Babb S, Malarcher A, Schauer G, Asman K, Jamal A. Quitting Smoking Among Adults-United States, 2000-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017; 65:1457-64.
- 315.- European Comission. Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards Tobacco. 2012. [Recuperado 2 Oct 2015]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/eurobaro\\_attitudes\\_towards\\_tobacco\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf)

- 316.- Analistas Financieros Internacionales (AFI). La industria del tabaco en España: 1990-2015. ADELTA. 2015. [Recuperado 10 Nov 2015]. Disponible en: [http://www.adelta.es/userfiles/File/Adelta\\_25\\_Aniv\\_AAFF.pdf](http://www.adelta.es/userfiles/File/Adelta_25_Aniv_AAFF.pdf)
- 317.- Agencias. Las ventas de tabaco en España suben por primera vez en cinco años. El País. 29 Ene 2016.
- 318.- Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 3 de abril de 2014 relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE. Diario Oficial de la Unión Europea. L271/1-36. 29-4-2014. [Recuperado 10 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/doue/2014/127/L00001-00038.pdf>
- 319.- Trejo M. La nueva ley antitabaco europea cambiará las cajetillas en 2016. Bez. 28 de diciembre de 2015. [Recuperado 10 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.bez.es/568467774/Descienden-los-fumadores-europeos-mientras-se-espera-una-nueva-ley-antitabaco-en-2016-.html>
- 320.- Altadis. El contrabando de tabaco en España. [Recuperado 11 Jun 2016]. Disponible en: <http://nocontrabando.altadis.com/contrabando-tabaco-espana/>
- 321.- Salvatierra J. Crece la venta ilegal de hojas de tabaco para hacer picadura casera. El País. 11 Jun 2016.
- 322.- Martín-Arroyo J. El contrabando de cajetillas de tabaco cae a costa de la subida de la picadura ilegal. El País. 29 Sep 2016.
- 323.- Gallus S, Tramacere I, Boffetta P, Fernández E, Rossi S, Zuccaro P et al. Temporal changes of under-reporting of cigarette consumption in population-based studies. Tob Control. 2011; 20: 34-9. [Recuperado 11 Jun 2016] Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/40998058>

- 324.- Martínez-Sánchez JM, Fu M, Gallus S, Sureda X, La Vecchia C, Fernández E . Variabilidad en el consumo de cigarrillos según la fuente de información en España (1993-2009). *Gac Sanit.* 2013; 27(1):61-3.
- 325.- Drobes DJ. Concurrent Alcohol and Tobacco Dependence. Mechanisms and Treatment. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. 2002. [Recuperado 11 Jun 2016]. Disponible en: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/136-142.htm>
- 326.- García-Díaz V, Fernández-Feito A, Arias L, Lana A. Consumo de tabaco y alcohol según la jornada laboral en España. *Gac Sanit.* 2015; 29(5):364-9.
- 327.- Ramírez Puerta D, Larrubia O, Escortell E, Martínez Martínez R. La automedicación responsable, la publicidad farmacéutica y su marco en la Atención Primaria. *SEMERGEN.* 2006; 32(3):117-24.
- 328.- Real Decreto legislativo 1/2015 de 24 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 177, de 25 de julio de 2015, 62935- 63030.
- 329.- Barbero-González A, Pastor-Sánchez R, del Arco-Ortiz de Zárate J, Eyaralar-Riera T, Espejo-Guerrero J. Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica. *Aten Primaria.* 2006; 37(2):78-87.
- 330.- Carrera-Lasfuentes P, Aguilar-Palacio I, Clemente E, Malo S, Rabaneque MJ. Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. *Aten Primaria.* 2013; 45(10):528-35.
- 331.- Sans S, Paluzie G, Puig T, Balañá L, Balaguer-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit.* 2002; 16(2):121-30.

- 332.- Jiménez Rubio D, Hernández Quevedo C. Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen. *Gac Sanit.* 2010; 24(2):116-8.
- 333.- De Pablo MM. La automedicación en la cultura universitaria. *Revista de Investigación.* 2011; 35(73):219-40.
- 334.- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Propuesta regional para la implementación de una estrategia nacional de uso racional de medicamentos. 2011. [Recuperado 13 Jun 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22291es/s22291es.pdf>
- 335.- Organización Panamericana de la Salud. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS. 2013. [Recuperado 13 Jun 2016]. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8692%3A2013-servicios-farmaceuticos-atencion-primaria-salud-documento-posicion-ops-oms-2013&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=es](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8692%3A2013-servicios-farmaceuticos-atencion-primaria-salud-documento-posicion-ops-oms-2013&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=es)
- 336.- Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014 – 2023. Ginebra: OMS. 2014 [Recuperado 13 Jun 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>
- 337.- Thomas K, Coleman P. Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the National Omnibus survey. *J Public Health.* 2004; 26(2):152-7.
- 338.- Featherstone C, Godden D, Selvaraj S, Emslie M, Took-Zozaya M. Characteristics associated with reported CAM use in patients attending six GP practices in the Tayside and Grampian regions of Scotland: a survey. *Complement Ther Med.* 2003; 11(3):168-76.

- 339.- Menniti-Ippolito F, Gargiulo L, Bologna E, Forcella C, Raschetti R. Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey. *Eur J Pharmacol.* 2002; 58:61-4.
- 340.- Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *Natl Health Stat Report.* 2008; 10(12):1-23.
- 341.- Hunt KJ, Coelho HF, Wider B, Perry R, Hung SK, Terry R, et al. Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey. *Int J Clin Pract.* 2010; 64(11):1496-502.
- 342.- Xue CC, Zhang AL, Lin V, Da CC, Story DF. Complementary and alternative medicine use in Australia: a national population-based survey. *J Altern Complement Med.* 2007; 13(6):643-50.
- 343.- Busato A, Donges A, Herren S, Widmer M, Marian F. Health status and health care utilisation of patients in complementary and conventional primary care in Switzerland-an observational study. *Fam Pract.* 2006; 23(1):116-24.
- 344.- Peltzer K. Utilization and practice of traditional/complementary/alternative medicine (TM/CAM) in South Africa. *Afr J Tradit Complement Altern Med.* 2009; 6(2):175-85.
- 345.- Ock SM, Choi JY, Cha YS, Lee J, Chun MS, Huh CH et al. The use of complementary and alternative medicine in a general population in South Korea: results from a national survey in 2006. *J Korean Med Sci.* 2009; 24(1):1-6.
- 346.- Shaikh SH, Malik F, James H, Abdul H. Trends in the use of complementary and alternative medicine in Pakistan: a population-based survey. *J Altern Complement Med.* 2009; 15(5):545-50.
- 347.- Neto JF, Faria AA, Figueiredo MF. Medicina complementar e alternativa: utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 55(3):296-301.



- 348.- Cervera EJ. Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de uso de medicinas alternativas y complementarias por la población general y un grupo de médicos y estudiantes de medicina de la comunidad de Madrid. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Madrid. 2011 [Recuperado 15 Jun 2016]. Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/25401/Tesis%20Emilio%20J.%20Cervera%20Barba.pdf?sequence=1>
- 349.- Degenhardt L, Hall W, Warner-Smith m, Lynskey M. Illicit drug use. En: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (eds.). Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Volume 1. Geneva: World Health Organization. 2004; 1109-75.
- 350.- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. 2016 [Recuperado 1 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ESN.pdf>
- 351.- Monreal A. Estas son las drogas que más se consumen en cada comunidad de España. La Vanguardia. 02/09/2016. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/vangdata/20160902/4147162501/consumo-drogas-espana.html>
- 352.- Observatorio sobre Drogas de la región de Murcia. Análisis de situación del problema de las drogodependencias en la región de Murcia. Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud Pública y Drogodependencias. 2014.
- 353.- Rodríguez-Pina C. Cómo nos drogamos en España: a los adultos se las recetan y los jóvenes prueban los porros. El País. 1 de marzo de 2017. Disponible en: [http://verne.elpais.com/verne/2017/02/06/articulo/1486398588\\_035997.html](http://verne.elpais.com/verne/2017/02/06/articulo/1486398588_035997.html)

- 354.- Anónimo. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009 [Recuperado 2 Mar 2017]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5\\_presentacion\\_ResultadosENSS\\_16dic09.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf)
- 355.- Equipo Daphne. VII Encuesta de anticoncepción en España. Bayer ScheringPharma. 2011 [Recuperado 2 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.acaive.com/pdf/Encuesta-anticoncepcion-Equipo-Daphne-26-10-11-2.pdf>
- 356.- Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014; 28 Supl 1:109-15.
- 357.- Repiso B, Frieyro M, Rivas Ruiz F, de Troya M. Uso de preservativo y número de parejas sexuales en hombres que tienen sexo con hombres con sífilis. Actas Dermosifiliogr. 2010; 101(10):847-52.
- 358.- Bernstein KT, Stephens SC, Strona FV, Kohn RP, Philip SS. Epidemiologic characteristics of an ongoing syphilis epidemic among men who have sex with men, San Francisco. Sex Transm Dis. 2013; 40:11-7.
- 359.- Sánchez C, Plaza Z, Vispo E, de Mendoza C, Barreiro P, Fernández-Montero JV, et al. Scaling up epidemics of acute hepatitis C and syphilis in HIV-infected men who have sex with men in Spain. Liver Int. 2013; 33:1357-62.
- 360.- Cabrerizo Egea MJ, Barroso García MP, Rodríguez-Contreras R. Infecciones de transmisión sexual en mujeres que ejercen la prostitución en Almería. Actual Med. 2013; 98(789):74-7.
- 361.- Verhaegh-Haasnoot A, Dukers-Muijters NHTM, Hoebe CJPA. High burden of STI and HIV in male sex workers working as internet escorts for men in an observational study: a hidden key population compared with female sex workers and other men who have sex with men. BMC Infectious Diseases. 2015; 15:291. DOI 10.1186/s12879-015-1045-2.

- 362.- González-Domenech CM, Martín-Portugués IA, Clavijo-Frutos E, Márquez-Solero M, Santos-González J, Palacios-Muñoz R. Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: una endemia en hombres que tienen sexo con hombres. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015; 33(1):32-6.
- 363.- Servicio de Información y Evaluación. Unidad Estadística. Consejería de Salud. Interrupción voluntaria del embarazo. Andalucía 2005-2014. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2015 [Recuperado 4 Mar 2017]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_7\\_p\\_3\\_estadisticas\\_sanitarias/ive\\_estadisticas/ive\\_2005\\_2014.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_7_p_3_estadisticas_sanitarias/ive_estadisticas/ive_2005_2014.pdf)
- 364.- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016 [Recuperado 4 Mar 2017]. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE\\_2015.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2015.pdf)
- 365.- Márquez-Calderón S, Rodríguez Rodríguez M. Influencia de la población inmigrante en la variabilidad de la tasa de abortos entre comunidades autónomas. *Gac Sanit*. 2009; 23(Supl 1):72-3.
- 366.- Llácer A, Morales Martín C, Castillo Rodríguez S, Mazarrasa L, Martínez Blanco ML. El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. *Index Enferm*. 2006; 15:13-7 [Recuperado 4 Mar 2017] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962006000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962006000300003&lng=es).
- 367.- Gispert Magarolas R, Clot-Razquin G, Torne MM, Bosser-Giralt R, Freitas-Ramírez A. Diferencias en el perfil reproductivo de mujeres autóctonas e inmigrantes residentes en Cataluña. *Gac Sanit*. 2008; 22:574-7.
- 368.- Pérez G, Ruiz-Muñoz D, Gotsens M, Casals Cases M, Rodríguez-Sanz M. Social and economic inequalities in induced abortion in Spain as a function of individual and contextual factors. *Eur J Public Health*. 2014; 24(1):162-9.

- 369.- Daulaire N, Leidl P, Mackin L, Murphy C, Stark L. Promises To Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World. Washington, DC: Global Health Council. 2002.
- 370.- Gissler M, Fronteira I, Jahn A, Karro H, Moreau C, Oliveira da Silva M, et al. Terminations of pregnancy in the European Union. BJOG. 2012; 119(3): 324-32. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.03189.x.
- 371.- Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: Incidence and disparities, 2006. Contraception. 2011; 84(5):478-85.
- 372.- Mosher WD, Jones J, Abma JC. Intended and Unintended Births in the United States: 1982-2010. National health statistics reports; no 55. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2012 [Recuperado 4 Mar 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr055.pdf>
- 373.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Detección precoz de cáncer. Serie Informes monográficos nº 5. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.
- 374.- Organización Panamericana de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2ª.ed. Washington, DC: OPS, 2016.
- 375.- World Health Organization. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2013.
- 376.- Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N et al (eds.). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2<sup>nd</sup> ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2008 [Recuperado 5 Mar 2017]. Disponible en: [http://screening.iarc.fr/doc/ND7007117 ENC \\_002.pdf](http://screening.iarc.fr/doc/ND7007117 ENC _002.pdf)

377.- Bladé AT, del Pino Saladrigues M, Gimferrer MC, Quitllet FA, Ortiz DA, Piqué XC et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España. 2014. Rev Esp Patol. 2014; 47(1):1-43.

378.- López de Argumedo González de Durana M, Bayón Yusta JC, Mateos del Pino M. Impacto de la implantación de un programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix, siguiendo las recomendaciones europeas (prueba/intervalo) en relación a la situación actual. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. 2016.

379.- Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. [Internet]. Programa de detección precoz del cáncer de mama. [Recuperado 5 Mar 2017]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\\_sabermas\\_cancermama](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_sabermas_cancermama)

380.- Asociación Española Contra el Cáncer. [Internet]. Cáncer de mama. Diagnóstico precoz [Recuperado 5 Mar 2017]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/diagnosticoprecoz.aspx>

381.- American Cancer Society. [Internet]. Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra el Cáncer para la detección temprana del cáncer de próstata (En español). [Recuperado 5 Mar 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancerdeprostata/detecciontemprana/recomendaciones-de-la-sociedad-americana-contra-el-cancer.html>

382.- Carter HB, Albertsen PC, Barry MJ, Etzioni R, Freedland SJ, Greene KL et al. Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. American Urological Association. 2013. [Recuperado 5 Mar 2017]. Disponible en: <https://www.auanet.org/guidelines/early-detection-of-prostate-cancer>

383.- Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Aplicación de los conocimientos. Detección temprana. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. 2007.

384.- U.S. Preventive Services. Task Force. [Internet]. Recommendations for Primary Care Practice. Final Recommendation Statement. Prostate Cancer: Screening. [Recuperado 5 Mar 2017]. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/prostate-cancer-screening>

385.- Asociación Española Contra el Cáncer. [Internet]. Cáncer de próstata. Diagnóstico precoz [Recuperado 5 Mar 2017]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdeprostata/Paginas/diagnosticoprecoz.aspx>

386.- Castells X, Sala M, Salas D, Ascunce N, Zubizarreta R, Casamitjana M. Reflexiones sobre las prácticas de diagnóstico precoz del cáncer en España. Gac Sanit. 2009; 23(3):244-9.

387.- Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. Lancet. 2014; 384(9959):2027-35. DOI:10.1016/S0140-6736(14)60525-0.

388.- van Rosmalen J, de Kok I, van Ballegooijen M. Cost-effectiveness of cervical cancer screening: cytology versus human papillomavirus DNA testing. BJOG 2012; 119:699-709. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.03228.x

389.- Olry de Labry Lima A, Epstein D, García Mochón L, Ruiz Aragón J, Espín J. Análisis de coste-efectividad de la prueba de citología cervicovaginal. Prog Obstet Ginecol. 2012; 55:304-11.

- 390.- Kalager M, Zelen M, Langmark F, Adami HO. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med*. 2010; 363(13):1203-10.
- 391.- Carles M, Vilapriño E, Cots F, Gregori A, Pla R, Román R, et al. Cost-effectiveness of early detection of breast cancer in Catalonia (Spain). *BMC Cancer*. 2011; 11:192. DOI: 10.1186/1471-2407-11-192.
- 392.- van Ravesteyn NT, van Lier L, Schechter CB, Ekwueme DU, Royalty J, Miller JW et al. Transition from film to digital mammography: impact for breast cancer screening through the national breast and cervical cancer early detection program. *Am J Prev Med*. 2015; 48(5):535-42.
- 393.- Gangnon RE, Sprague BL, Stout NK, Alagoz O, Weedon-Fekjær H, Holford TR et al. The contribution of mammography screening to breast cancer incidence trends in the United States: an updated age-period-cohort model. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015; 24(6):905-12.
- 394.- García-Garrido AB, Vázquez-Rodríguez JA, Grande-González E, Ramos-Barrón MA. Cobertura y costes del cribado oportunista de detección precoz del cáncer de cuello uterino en Cantabria. *Gac Sanit*. 2014; 28(1):14-9.
- 395.- Ascunce N, Ederra M, Delfrade J, Baroja A, Erdozain N, Zubizarreta R et al. Impact of intermediate mammography assessment on the likelihood of false-positive results in breast cancer screening programmes. *Eur Radiol*. 2012; 22(2):331-40. DOI: 10.1007/s00330-011-2263-7.
- 396.- Sala M, Salas D, Zubizarreta R, Ascunce N, Rué M, Castells X. Situación de la investigación en el cribado de cáncer de mama en España: implicaciones para la prevención. *Gac Sanit*. 2012; 26(6):574-81.
- 397.- Brodersen J, Siersma VDirk. Long-term psychosocial consequences of false-positive screening mammography. *Ann Fam Med*. 2013; 11(2):106-15.

- 398.- Gervás J, Pérez Fernández M, González de Dios J. Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria: a propósito de dos ejemplos en pediatría. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81:345-52.
- 399.- Gervás J, Pérez Fernández M. Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Barcelona: Libros del Lince. 2013.
- 400.- Gervás J, Pérez Fernández M. Cribados: una propuesta de racionalización. *Gac Sanit*. 2013; 27(4):372-3.
- 401.- Sitges-Serra A. ¿Por qué la prevención del cáncer mediante pruebas de cribado no alarga la vida?. No gracias. 22 diciembre 2016. Disponible en: <http://www.nogracias.eu/2016/12/22/por-que-la-prevencion-del-cancermediante-pruebas-de-cribado-no-alarga-la-vida-por-antono-sitges-serra/>. Publicado originalmente en <http://diarisanitat.cat/per-que-els-cribratges-contra-el-cancer-no-allarguen-la-vida/>
- 402.- Sitges-Serra A. El cribado poblacional del cáncer de colon: más daños que beneficios. No gracias. 3 abril 2017. Disponible en: <http://www.nogracias.eu/2017/04/03/el-cribado-poblacional-del-cancer-de-colon-mas-danos-que-beneficios-por-antonio-sitges-serra/>. Texto original aparecido en catalán en el Diari de la Sanitat.
- 403.- Home. U.S. Preventive Services Task Force. April 2017. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>
- 404.- Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States, 2011. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
- 405.- Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Perfil de los países 2016 [Recuperado 4 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/country-profiles/es/>



406.- Organización Mundial de la Salud. Los habitantes de las islas del Pacífico pagan un alto precio por abandonar su dieta tradicional. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2010; 88: 481-560 [Recuperado 4 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/7/10-010710/es/>

407.- Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Día Mundial de la Salud 2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2013 [Recuperado 4 Mar 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/es/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/)

408.- Maiques A, Brotons C, Villar F, Navarro J, Lobos-Bejarano JM, Ortega R et al. Grupos de Expertos del PAPPS. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Aten Primaria. 2012;44 Supl 1:3-15.

409.- Organización Mundial de la Salud. Marco mundial de vigilancia integral, con inclusión de indicadores y un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. Documento de debate revisado de la OMS. 2012 [Recuperado 4 Mar 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/events/2012/Discussion\\_paper3\\_ES.pdf](http://www.who.int/nmh/events/2012/Discussion_paper3_ES.pdf)

410.- World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra: World Health Organization. 2009 [Recuperado 4 Mar 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)

411.- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization. 2011 [Recuperado 25 Sept 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf?ua=1)

412.- Farzadfar F, Finucane MM, Danaei G, Pelizzari PM, Cowan MJ, Paciorek CJ et al. National, regional, and global trends in serum total cholesterol since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological

studies with 321 country-years and 3.0 million participants. Lancet. 2011; 377:578-86.

413.- Avenoso A, Beckmann J. The Safety of Vulnerable Road Users in the Southern, Eastern and Central European Countries (The “SEC Belt”). European Transport Safety Council. Brussels. 2005. [Recuperado 25 Sept 2015]. Disponible en: [http://archive.etsc.eu/documents/The%20Safety%20of%20Vulnerable%20Road%20Users%20in%20the%20Southern,%20Eastern%20and%20Central%20European%20Countries%20\(The%20SEC%20Belt\).pdf](http://archive.etsc.eu/documents/The%20Safety%20of%20Vulnerable%20Road%20Users%20in%20the%20Southern,%20Eastern%20and%20Central%20European%20Countries%20(The%20SEC%20Belt).pdf)

414.- Jiménez, E. OCU señala a Sevilla y Valencia como las mejores ciudades para los ciclistas, Madrid la peor. 29 marzo 2017 [Recuperado 25 Sept 2015]. Disponible en: <https://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2017/encuesta-bicis-290317>

415.- Anónimo. Sevilla, la mejor red ciclista. 10 de septiembre de 2003 [Recuperado 25 Sept 2015]. Disponible en: <https://www.ocu.org/coches/bicicletas/noticias/la-mejor-red-ciclista>

416.- Circular en bici. Sevilla, la ciudad más segura. OCU-Compra Maestra nº 384. 2013; 26-30. Disponible en: <https://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2017/encuesta-bicis-290317>

417.- Subdirección Adjunta de Investigación e Intervención. Subdirección General de Análisis y Vigilancia Estadística. Estudio sobre la prevalencia del consumo de drogas y alcohol en conductores de vehículos de España (EDAP'15). Avance de Resultados. Año 2015. Ministerio de Interior. Dirección General de Tráfico. 2016. [Recuperado 25 Sept 2015]. Disponible en: <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/investigacion/estudios-e-informes/2015/20161003.-INFORME-EDAP15-avance-resultados2.pdf>

418.- Álvarez-González FJ, Fierro I, Gómez-Talegón MT, González-Luque JC, Colás M, del Real P et al. Informe final. Alcohol, drogas y medicamentos en conductores de vehículos de España. Ministerio de Interior. Dirección General de

Tráfico. Universidad de Valladolid. 2015. [Recuperado 25 Sept 2015]. Disponible en: <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/investigacion/estudios-e-informes/2015/20150600.-Informe-2013-drogas-alcohol-y-medicamentos.pdf>

419.- Bachani AM, Jessani NS, Pham VC, Quang LN, Nguyen PN, Passmore J et al. Drinking & driving in VietNam: prevalence, knowledge, attitudes, and practices in two provinces. *Injury*. 2013; 44 Suppl 4:S38-44.

420.- Gómez-Talegón T, Fierro I, González-Luque JC, Colás M, López-Rivadulla M, Álvarez FJ. Prevalence of psychoactive substances, alcohol, illicit drugs, and medicines, in Spanish drivers: a roadside study. *Forensic Sci Int*. 2012; 223(1-3):106-3.

421.- Ingsathit A, Woratanarat P, Anukarahanonta T, Rattanasiri S, Chatchaipun P, Wattayakorn K, Lim S, Suriyawongpaisal P. Prevalence of psychoactive drug use among drivers in Thailand: a roadside survey. *Accid Anal Prev*. 2009; 41(3): 474-8.

422.- Holmgren A, Holmgren P, Kugelberg FC, Jones AW, Ahlner J. High re-arrest rates among drug-impaired drivers despite zero-tolerance legislation. *Accid Anal Prev*. 2008; 40(2):534-40.

423.- Legrand SA, Isalberti C, der Linden TV, Bernhoft IM, Hels T, Simonsen KW et al. Alcohol and drugs in seriously injured drivers in six European countries. *Drug Test Anal*. 2013; 5(3):156-65.

424.- Amaya Roper MC, Carrillo González GM. Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*. 2015; 15(4): 461-74. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.4.2

425.- Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm glob*. 2009; 8(2). [Recuperado 23 Sept 2016]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351>

- 426.- Pastor M, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Salas E, Sánchez S, Terol M. El papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico. *Revista de Psicología Social*. 1994; 9(2):179-91.
- 427.- House JS, Robbins C, Metzner H L. The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *Am J Epidemiol*. 1982;116:123-40.
- 428.- Schwarzer R, Leppin A. Social support and health: A theoretical and empirical overview. *J. Soc. Pers. Relatsh*. 1991; 8(1):99-127.
- 429.- Barrón López de Roda A, Chacón Fuertes F. Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Rev Psicol Soc*. 1992; 7(1):53-9.
- 430.- Abril VJ. Apoyo social y ánimo depresivo en poblaciones de alto riesgo. *Rev Psicol Soc*. 1998; 13(3):347-57.
- 431.- Gottlieb BH. Social support strategies. Beverly Hills, CA: Sage. 1983.
- 432.- Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull*. 1985; 98:310-57.
- 433.- Rodríguez Marín J. Apoyo social y salud. En: Guía de Estudio y Bibliografía Básica. Módulo Psicología, Salud y enfermedad. Maestría Psicología de la Salud. Ciudad Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002. p. 94-103. Cit. por: Reyes Saborit A. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Santiago de Cuba, 2003. Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud. [Recuperado 23 Sept 2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/aymara.pdf>
- 434.- OECD. How's life? 2015: Measuring Well-being, OECD Publishing: París DOI:10.1787/how\_life-2015-en [Recuperado 23 Sept 2016]. Disponible en: [http://www.oecd-ilibrary.org/economics/how-s-life-2015\\_how\\_life-2015-en](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/how-s-life-2015_how_life-2015-en)

435.- Keyes C, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol*. 2002; 82(6):1007-22.

436.- Calero P, Hueso C, Pleguezuelos H, Balanza S, Merino MA, Merino JR. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores del área medioambiental. *Med Segur Trab (Internet)* 2012; 58 (226):35-48. [Recuperado 23 Sept 2016]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v58n226/original4.pdf>

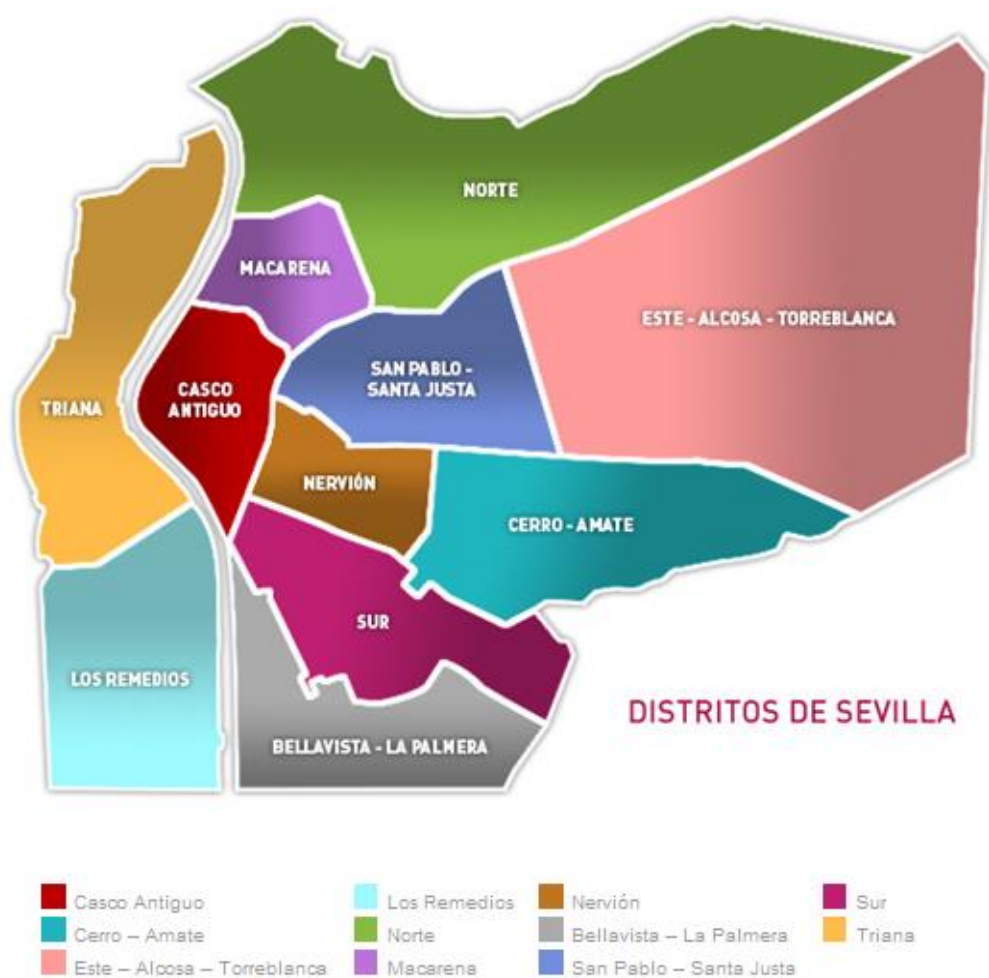


## **X. ANEXOS**





## ANEXO I: Mapa distritos de la ciudad de Sevilla

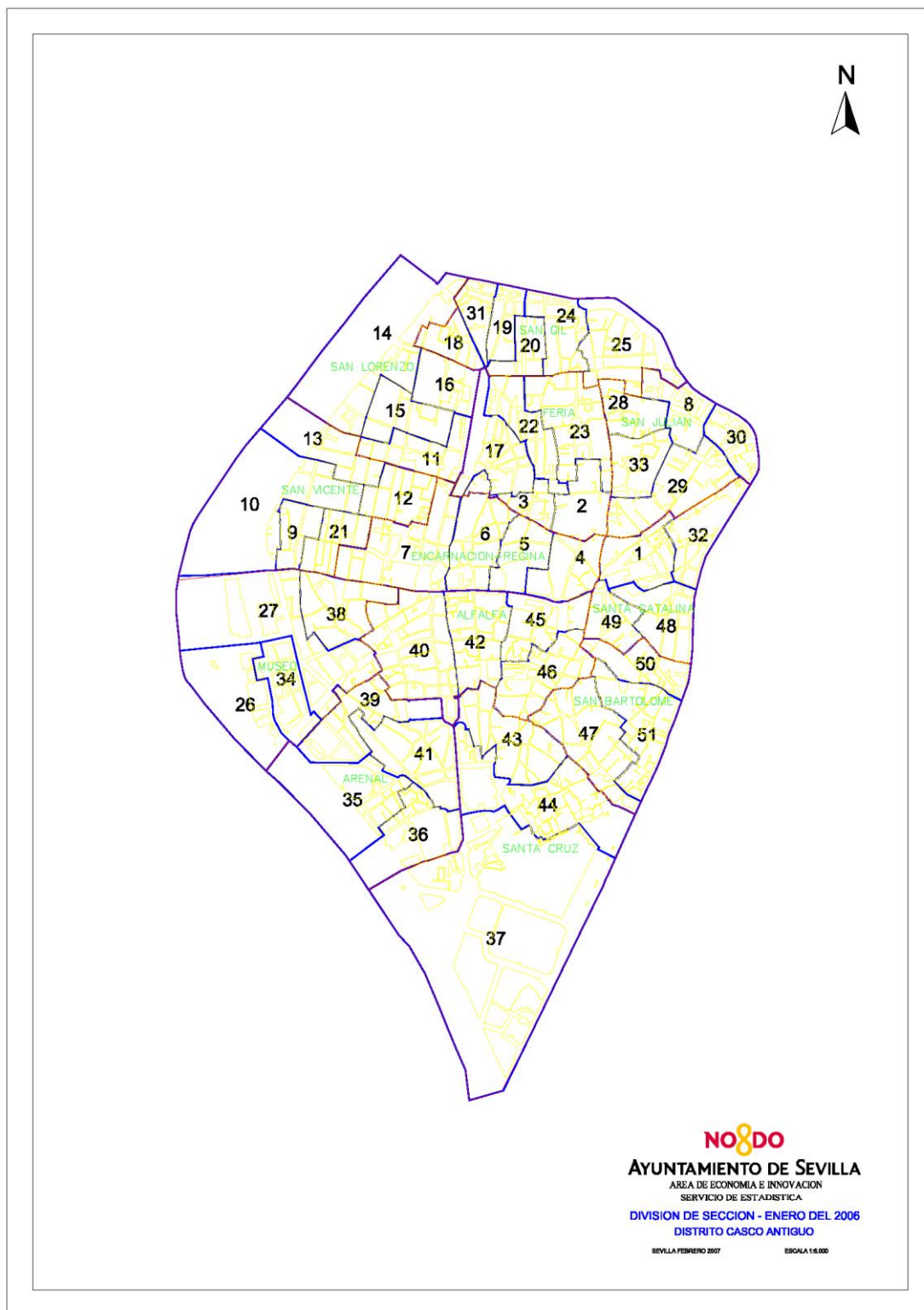


## ANEXO II: Distritos y barrios oficiales de la ciudad de Sevilla

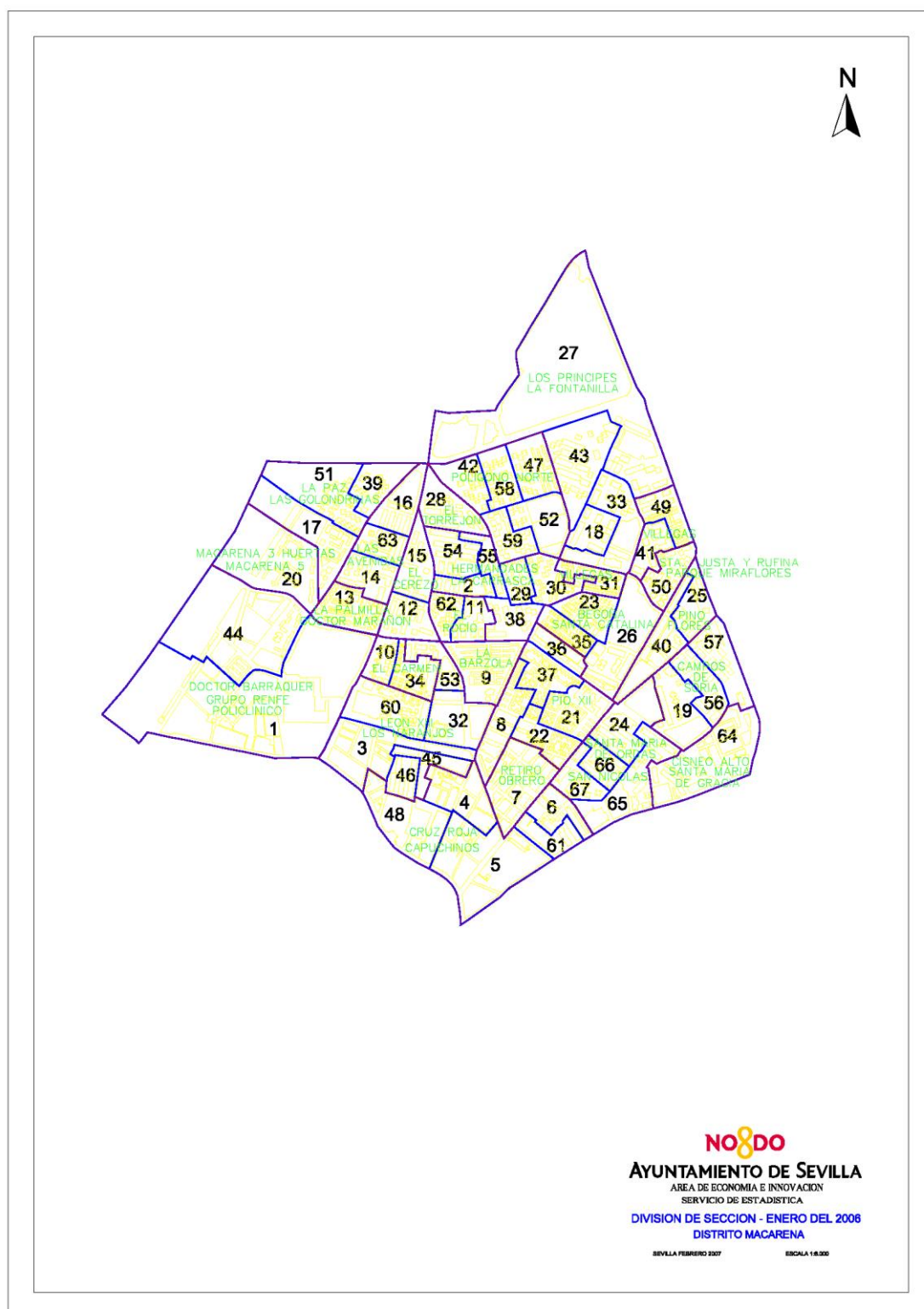
Distrito	Barrios
<b>Distrito 1: Casco Antiguo</b>	El Arenal, Encarnación-Regina, Alfalfa, San Bartolomé, San Lorenzo, San Gil, Museo, Santa Catalina, Santa Cruz, Feria, San Julián, San Vicente.
<b>Distrito 2: Macarena</b>	Santa María de Ordas-San Nicolás, Pío XII, La Barzola, El Carmen, Cruz Roja-Capuchinos, Villegas, Santas Justa y Rufina-Parque Miraflores, Los Príncipes-La Fontanilla, Begoña-Santa Catalina, Polígono Norte, La Paz-Las Golondrinas, La Palmilla-Doctor Marañón, Hermandades-La Carrasca, Macarena 3 Huertas-Macarena 5, El Torrejón, El Cerezo, Doctor Barraquer-Grupo Renfe-Policlínico, Retiro Obrero, Cisneo Alto-Santa María de Gracia, Campos de Soria, León XIII-Los Naranjos, El Rocío, Pino Flores, Las Avenidas.
<b>Distrito 3: Nervión</b>	Nervión, San Bernardo, Huerta del Pilar, La Florida, La Buhaira, La Calzada, San Roque, Ciudad Jardín.
<b>Distrito 4: Cerro-Amate</b>	Amate, Juan XXIII, Los Pájaros, Rochelambert, Santa Aurelia-Cantábrico-Atlántico-La Romería, Palmete, El Cerro, La Plata.
<b>Distrito 5: Sur</b>	El Prado-Parque de María Luisa, Huerta de la Salud, El Porvenir, Giralda Sur, El Plantinar, Felipe II-Los Diez Mandamientos, Tabladilla-La Estrella, Bami, Tiro de Línea-Santa Genoveva, La Oliva, Avenida de la Paz, El Juncal-Híspalis, Las Letanías, Polígono Sur.
<b>Distrito 6: Triana</b>	Triana Casco Antiguo, Barrio León, El Tardón-El Carmen, Triana Este, Triana Oeste.
<b>Distrito 7:Macarena Norte</b>	Barriada Pino Montano, Consolación, El Gordillo, Las Almenas, San Jerónimo, La Bachillera, Los Carteros, San Diego (Sevilla), Los Arcos, Las Naciones-Parque Atlántico-Las Dalias, San Matías, Aeropuerto Viejo, Valdezorras.
<b>Distrito 8: San Pablo-Santa Justa</b>	Árbol Gordo, La Corza, Las Huertas, San Carlos-Tartessos, San José Obrero, El Fontanal-María Auxiliadora-Carretera de Carmona, Santa Clara, Zodiaco, San Pablo A y B, San Pablo C, San Pablo D y E, Huerta de Santa Teresa.
<b>Distrito 9:Este</b>	Colores-Entreparkes, Torreblanca, Parque Alcosa-Jardines del Edén, Palacio de Congresos-Urbadiez-Entrepuentes.
<b>Distrito 10: Bellavista-La Palmera</b>	Bellavista, Heliópolis, Elcano-Los Bermejales, Sector Sur-La Palmera-Reina Mercedes, Pedro Salvador-Las Palmeritas, Barriada de Pineda.
<b>Distrito 11: Los Remedios</b>	Tablada, Los Remedios.

### ANEXO III: Distribución geográfica de los distritos de la ciudad de Sevilla con barrios oficiales y secciones censales

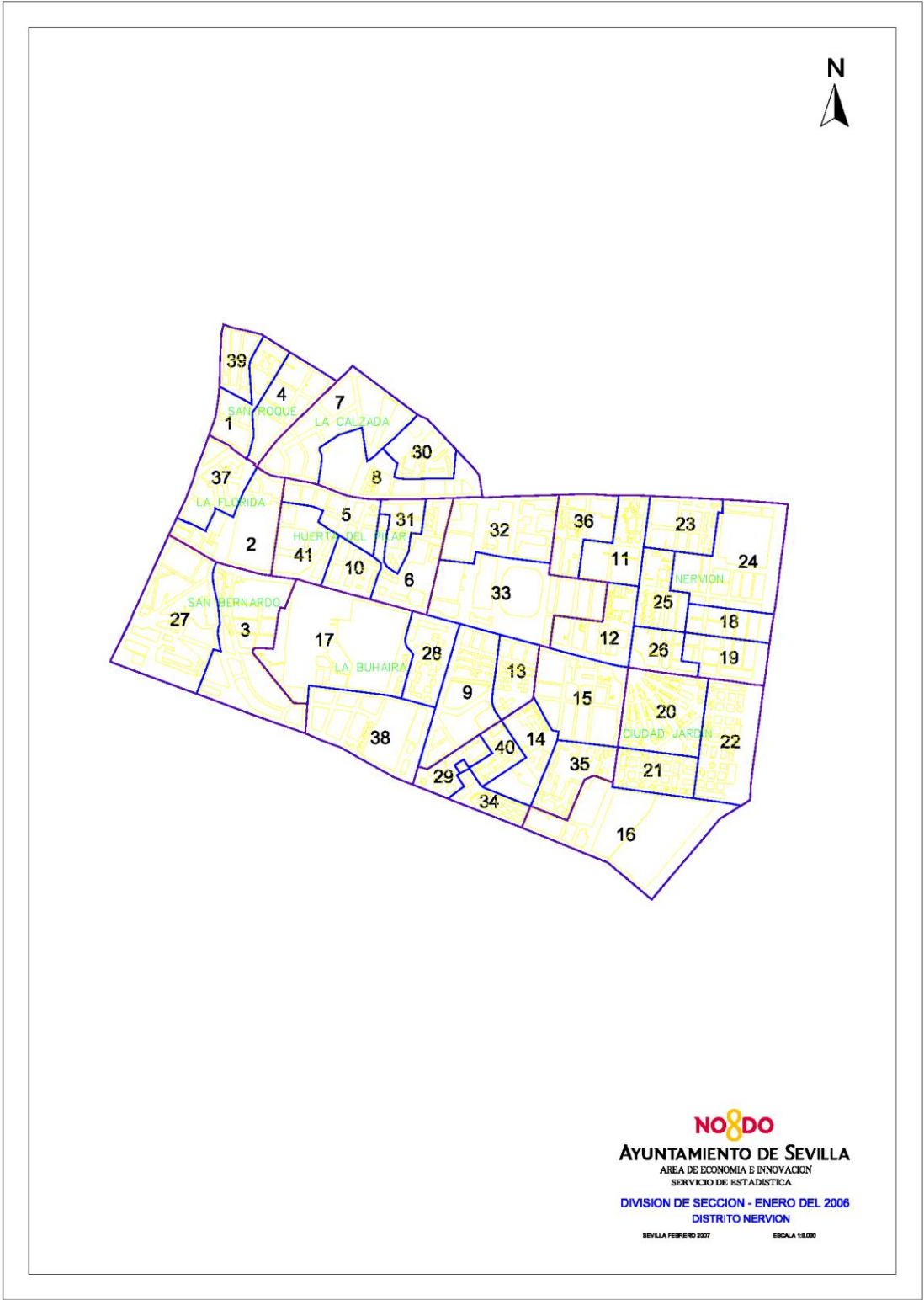
#### Distrito 1: Casco Antiguo



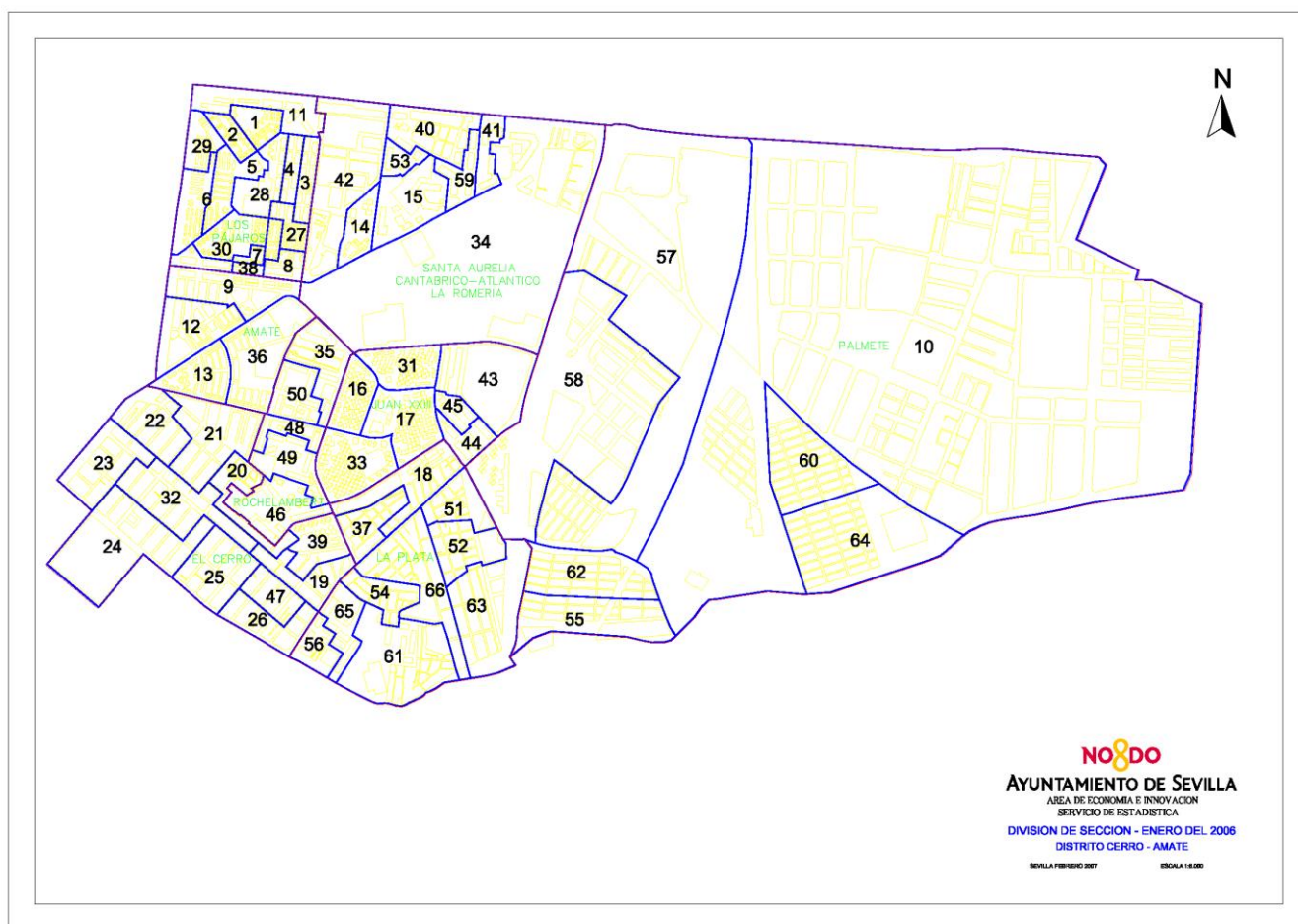
## Distrito 2: Macarena



**Distrito 3: Nervión**

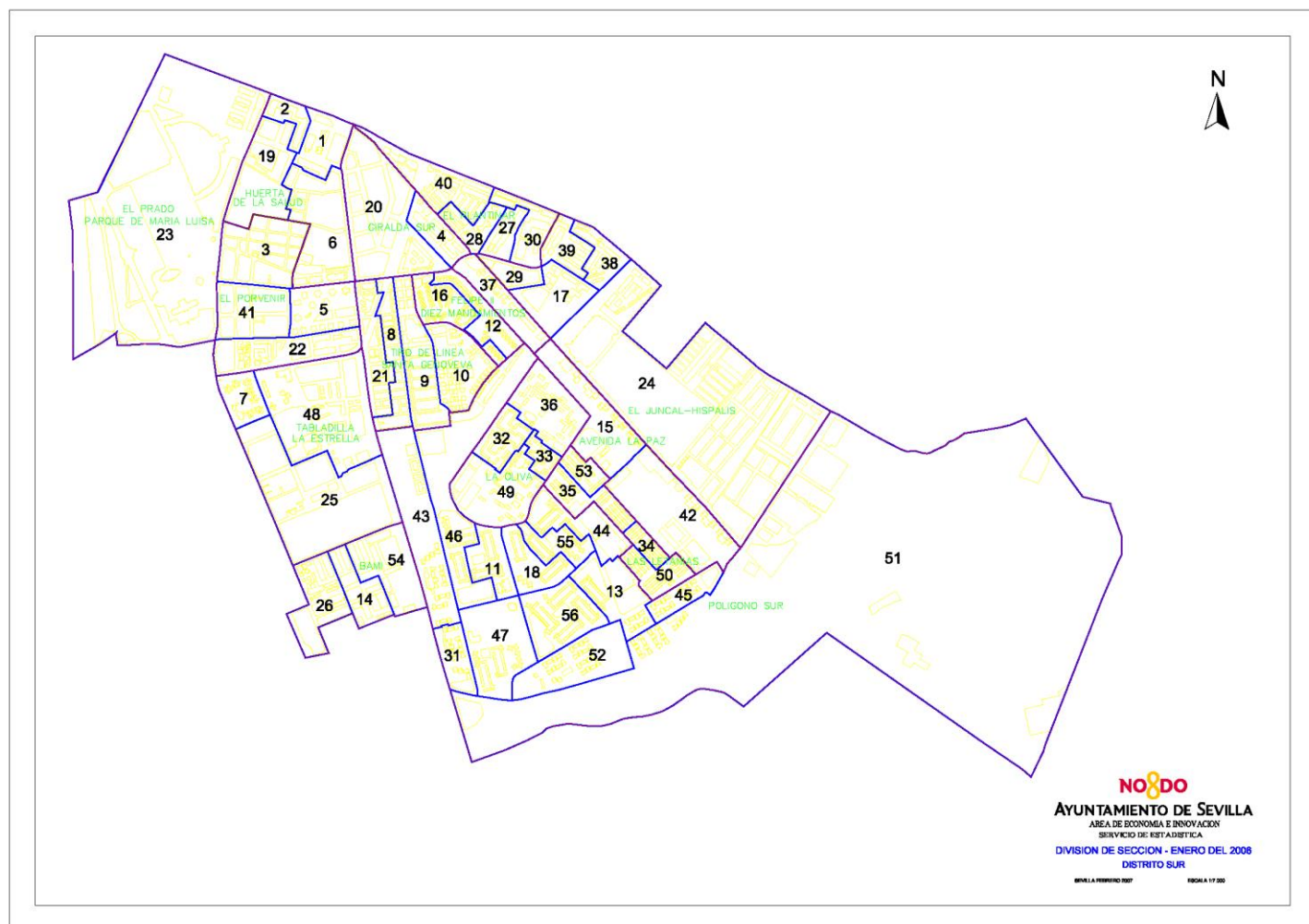


## Distrito 4: Cerro-Amate

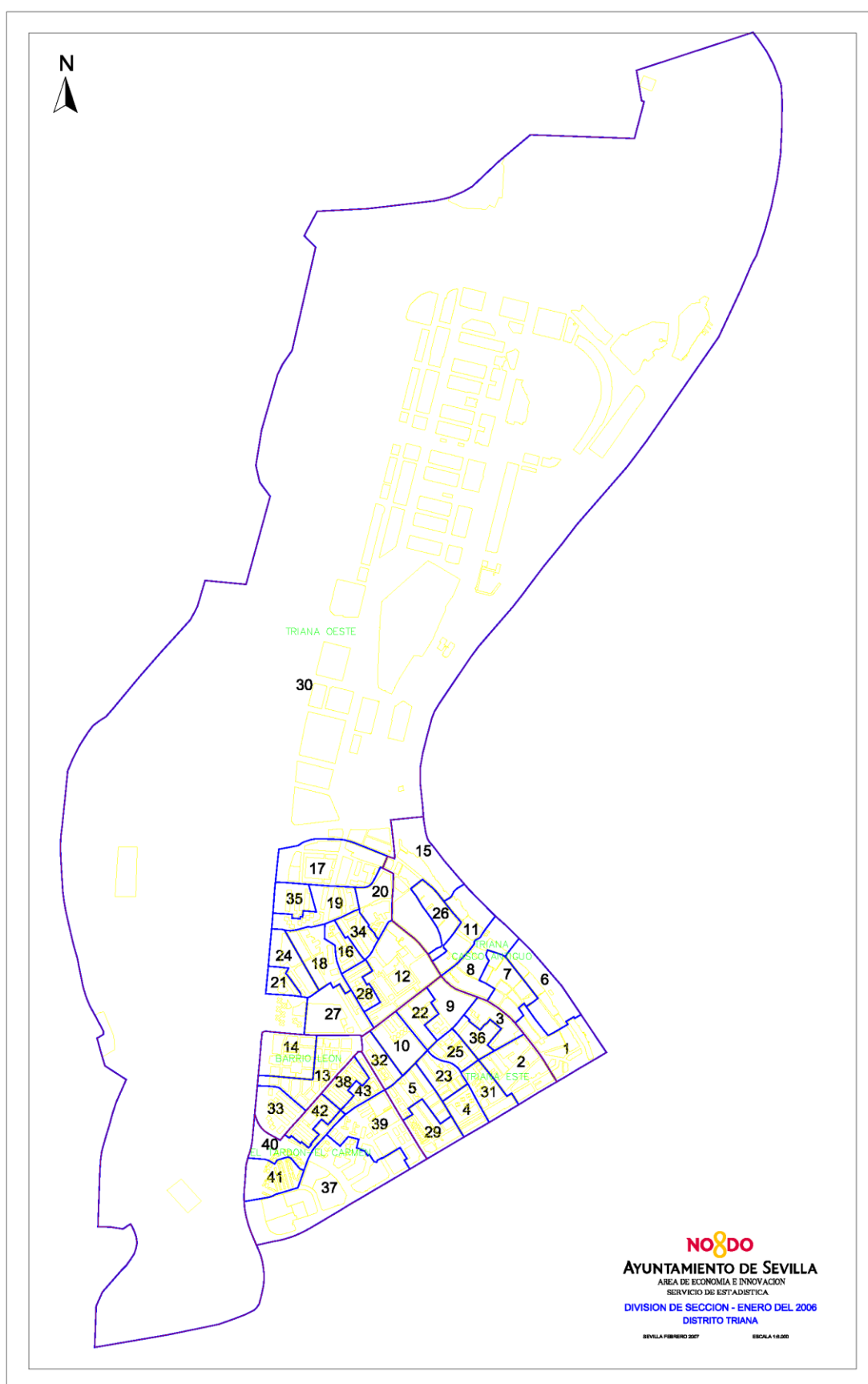




## Distrito 5: Sur

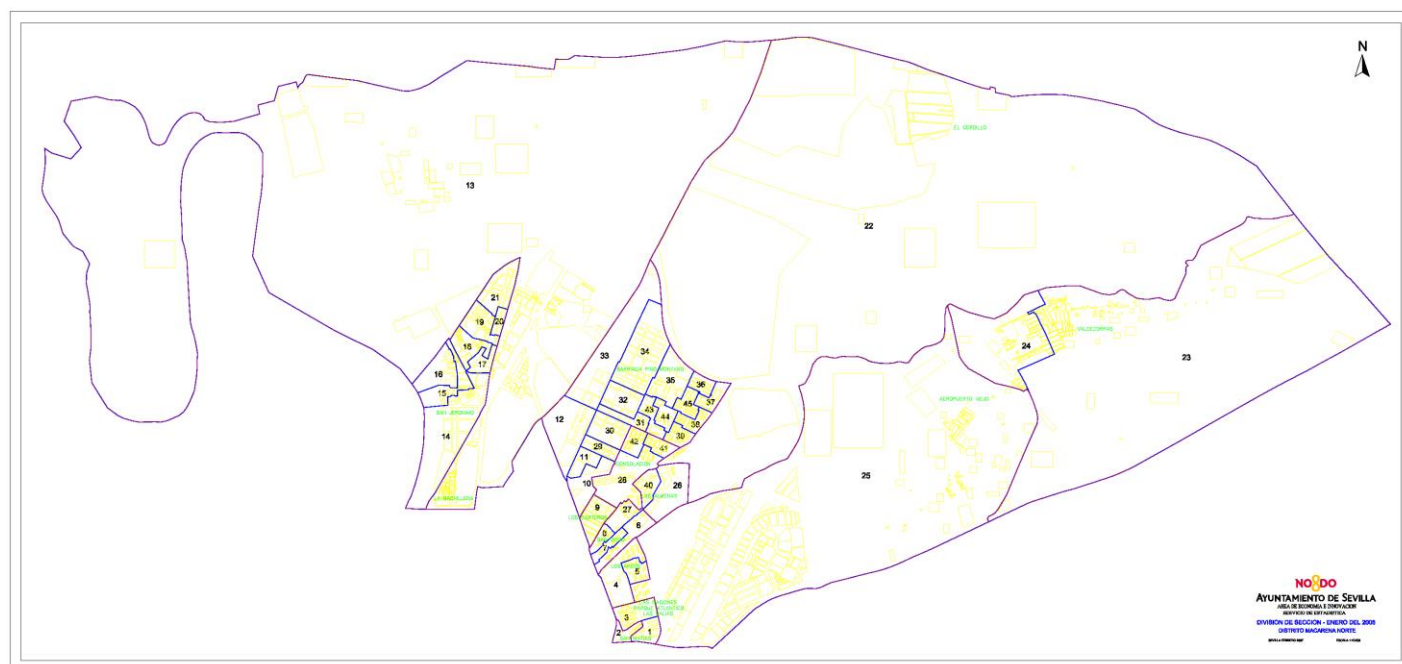


## Distrito 6: Triana

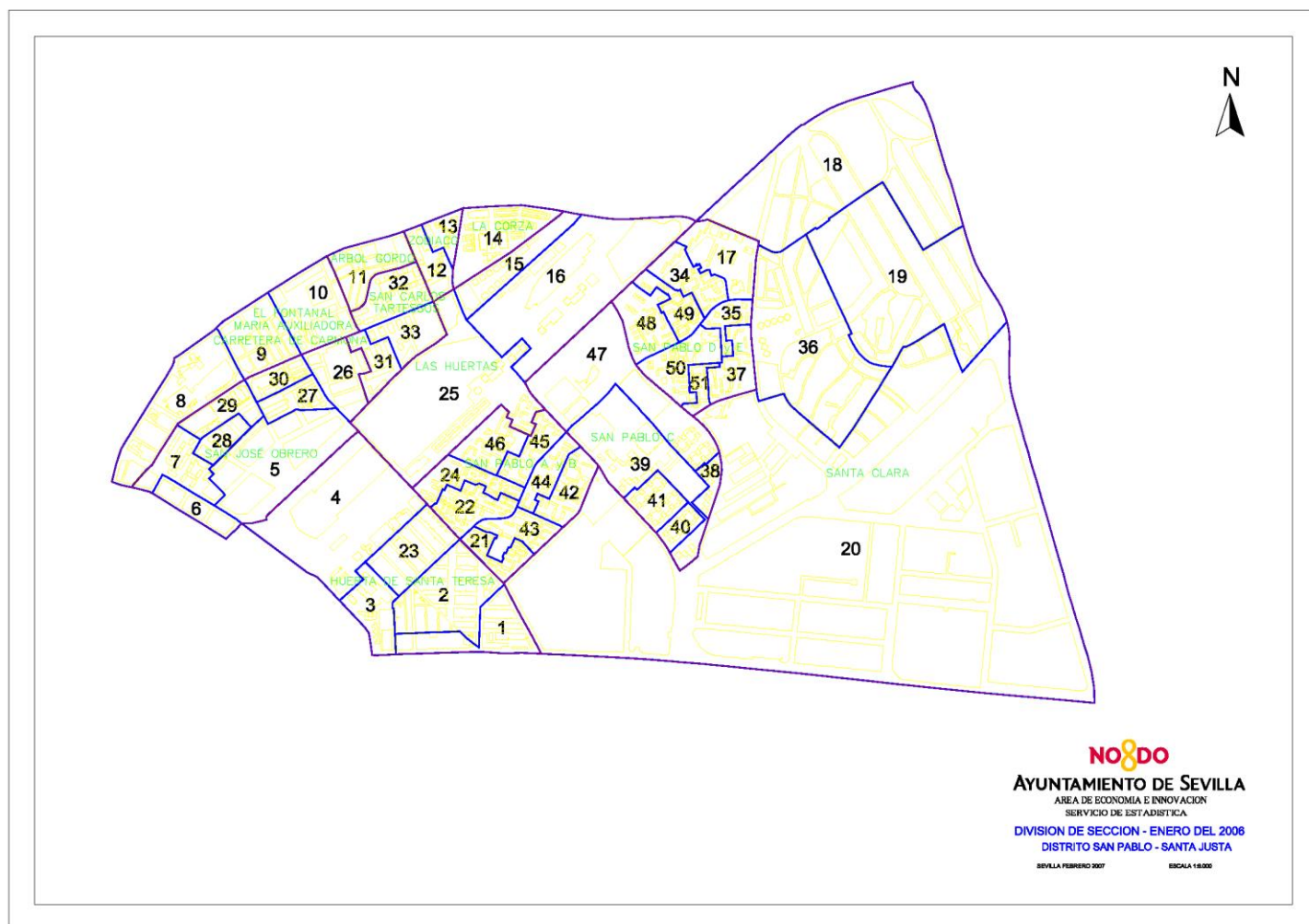




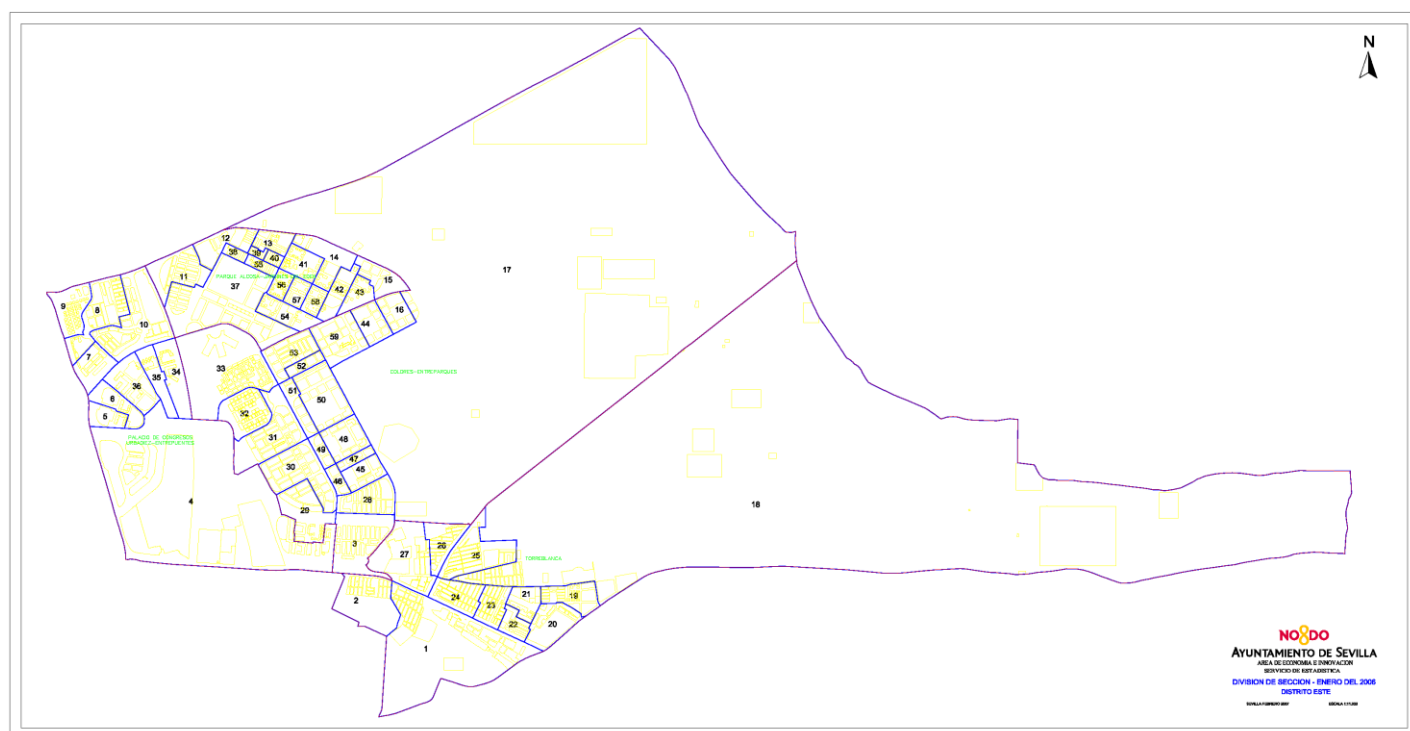
### **Distrito 7: Macarena Norte**



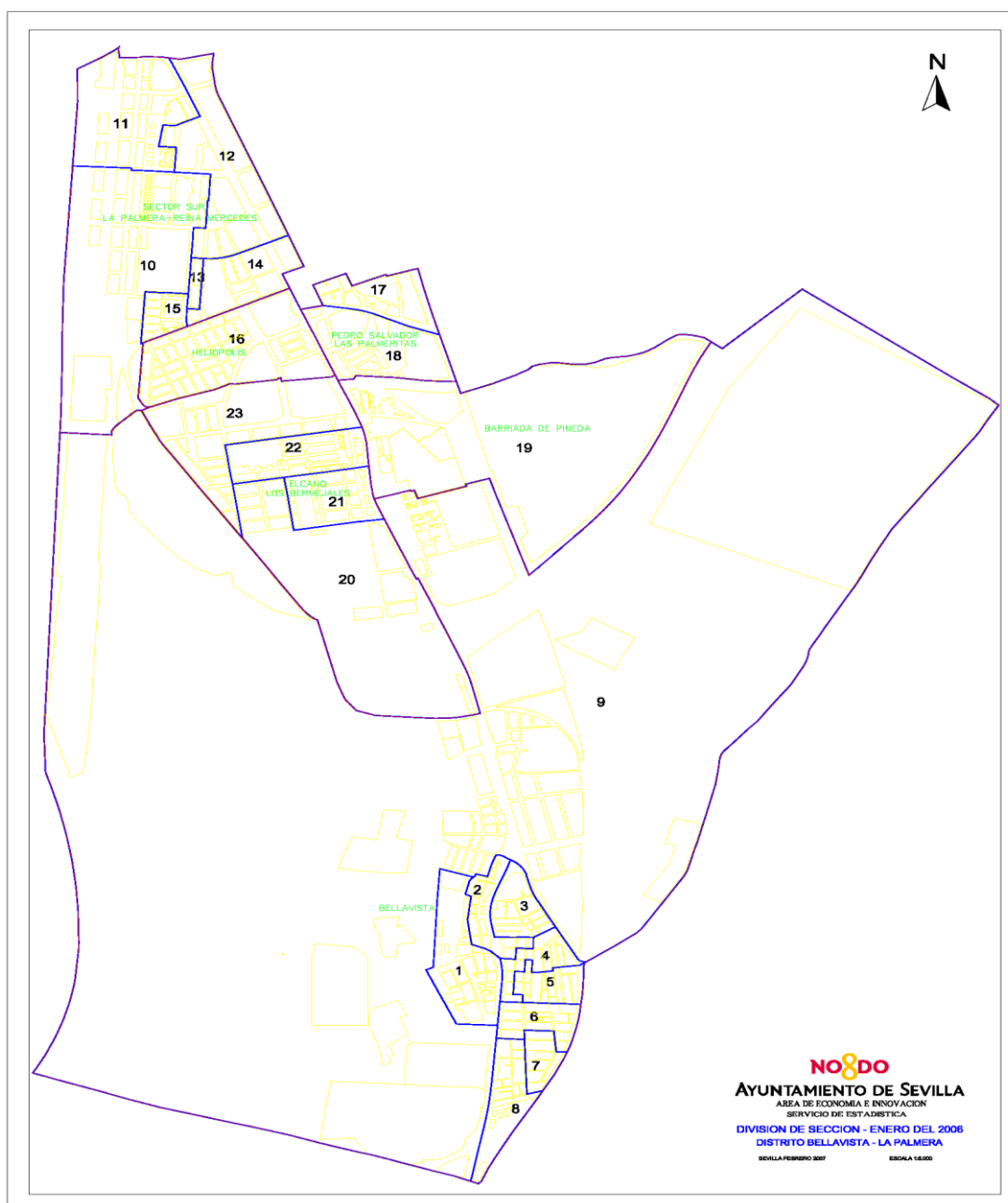
## Distrito 8: San Pablo- Santa Justa



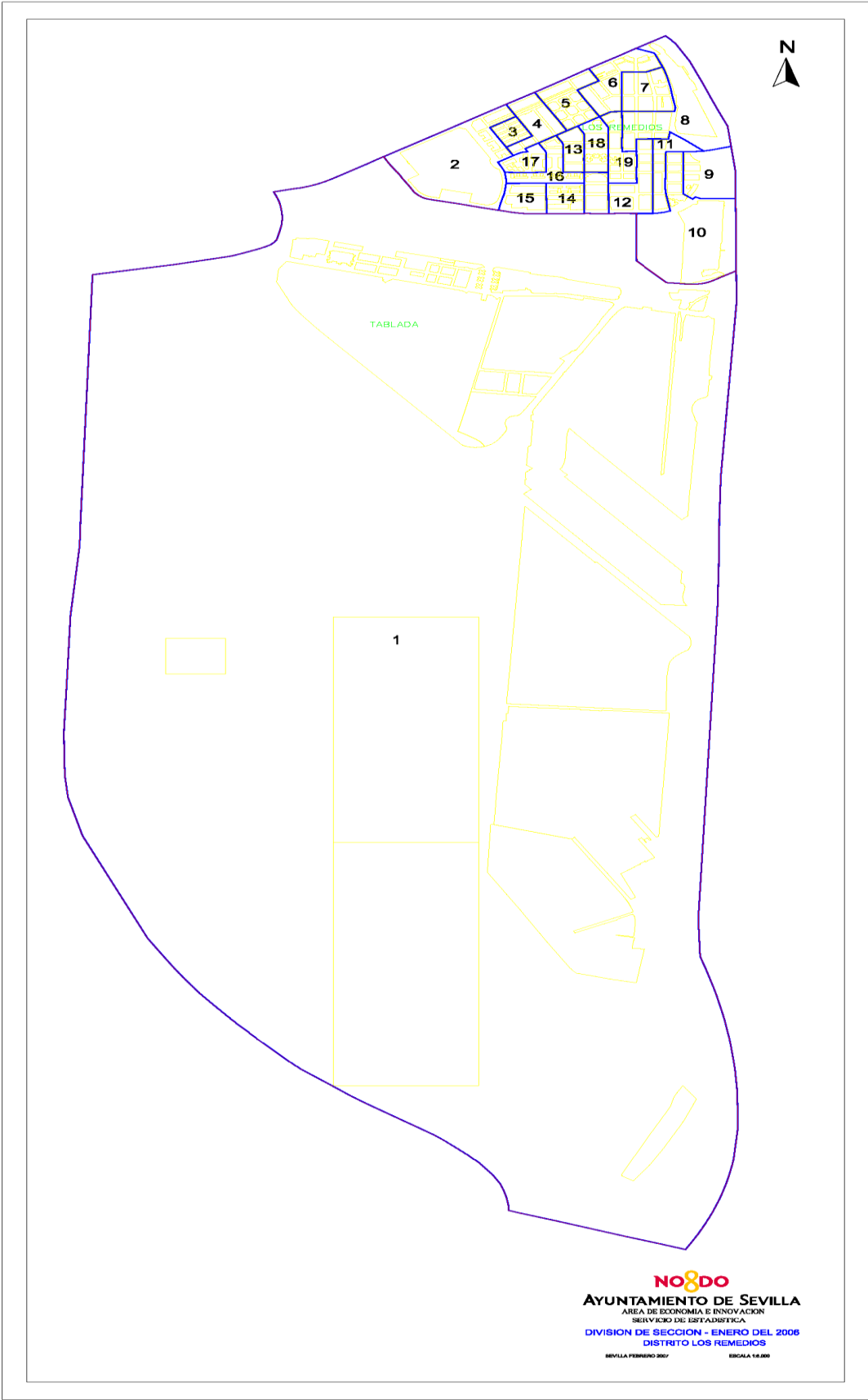
## Distrito 9: Este



## Distrito 10: Bellavista- La Palmera



**Distrito 11: Los Remedios**





#### **ANEXO IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO**







### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Basado en la Declaración de Helsinki aprobada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en octubre de 2000, en Edimburgo (5ª Reforma) y amparado en la **ORDEN 8 de julio de 2009. BOJA. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.**



#### **– INFORMACIÓN A LA PERSONA ENTREVISTADA (Artículo 98.2 de la Ley 9/2007)**

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

#### **Naturaleza:**

El objetivo de este trabajo es conocer los hábitos y comportamientos de salud de la población adulta joven, tanto inmigrante como autóctona en la ciudad de Sevilla, con el fin de poder analizar su influencia en los problemas de salud que se presentan con mayor frecuencia. Para ello disponemos de un cuestionario estandarizado, con una serie de preguntas, a las que pedimos que conteste con la mayor sinceridad posible. Responder al cuestionario no le llevará más de 10 minutos.

#### **Importancia:**

Este trabajo pretende ser un referente a la hora de plantear estrategias de intervención dirigidas a mantener y/o mejorar la salud de las personas residentes en nuestra ciudad.

#### **Implicaciones para la persona entrevistada:**

- La participación es totalmente voluntaria.
- El paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

#### **Riesgos de la investigación para la persona:**

El tipo de investigación planteada, consistente en responder a las preguntas contenidas en un cuestionario, no conlleva ningún riesgo para la persona interviniente en el estudio ni tampoco dará lugar a ningún tipo de intervención a nivel administrativo.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal de investigación en los teléfonos: 954 55 63 62 / 954 55 14 81 o en los correos electrónicos: [jacintogf@us.es](mailto:jacintogf@us.es) (Prof. García Fernández)/ [mlomas@us.es](mailto:mlomas@us.es) (Profa. Lomas).

**– CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LA PERSONA ENTREVISTADA**  
**(Artículo 8.2 de la Ley 9/2002)**

**“ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA ADULTA JOVEN DE LA CIUDAD DE SEVILLA”**

Yo (Nombre y Apellidos): \_\_\_\_\_

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información a la persona entrevistada).
- He podido hacer preguntas sobre el estudio “ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CONDUCTAS DE SALUD EN PERSONAS INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS EN LA CIUDAD DE SEVILLA”
- He recibido suficiente información sobre el estudio “ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CONDUCTAS DE SALUD EN PERSONAS INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS EN LA CIUDAD DE SEVILLA ”
- He hablado con el profesional sanitario informador: \_\_\_\_\_
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Conozco que mis datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado* “ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CONDUCTAS DE SALUD EN PERSONAS INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS EN LA CIUDAD DE SEVILLA”

Firma de la persona entrevistada  
(o representante legal en su caso)

Firma del profesional  
sanitario informador

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_.

Fecha: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_.

## **ANEXO V. CUESTIONARIO**



Nº Cuestionario:

Fecha: / /



**“ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN  
AUTÓCTONA ADULTA JOVEN DE LA CIUDAD DE SEVILLA”**



Buenos días/tardes, en primer lugar le agradecemos la participación en este Proyecto de Investigación (PI-0138) financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía e implementado por la Universidad de Sevilla (Escuela Universitaria Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería) mediante la respuesta a este cuestionario que es totalmente anónimo y le va a llevar sólo unos minutos.

Estamos llevando a cabo un estudio para conocer los hábitos de las personas residentes en Sevilla, por lo que le plantearemos una serie de cuestiones relacionadas con la salud. Este estudio es muy importante para desarrollar posteriormente acciones de educación, promoción e información sobre prácticas saludables en nuestra ciudad.

**NOTA ENCUESTADOR:** No leer NUNCA los ítems: No sabe (NS)/ No está seguro (NES) y Se niega a contestar (SNC)

**1- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

**1.1- SEXO:** Hombre ☐ Mujer ☐ **1.2- EDAD:** \_\_ años

**1.3- ESTADO CIVIL:** Soltero/a ☐ Vive en pareja pero sin estar casado/a ☐ Casado/a ☐  
Viudo/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐

**1.4- DOMICILIO:**

C/ ó Avda: \_\_\_\_\_

☐ Distrito 1. Casco Antiguo

☐ Distrito 2. Macarena

☐ Distrito 3. Nervión

☐ Distrito 4. Cerro-Amate

☐ Distrito 5. Sur

☐ Distrito 6. Triana

☐ Distrito 7. Macarena Norte

☐ Distrito 8. San Pablo-Santa Justa

☐ Distrito 9. Este

☐ Distrito 10. Bellavista-La Palmera

☐ Distrito 11. Los Remedios

**1.5- ESTUDIOS**

Sin estudios ☐ Estudios Primarios/Graduado escolar ☐

Estudios secundarios/Bachillerato elemental/FP/Ciclo formativo básico ☐

Estudios superiores/Bachillerato superior/COU/Ciclo formativo superior ☐

Estudios universitarios medios (Diplomatura)

Estudios universitarios superiores (Licenciatura/Doctorado)

**1.6- OCUPACIÓN LABORAL**

**A) ANTERIOR**

Empleado por cuenta ajena ☐ En: \_\_\_\_\_ Empleador por cuenta propia ☐ En: \_\_\_\_\_

Desempleado ☐ Pensionista/Jubilado ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Incapacitado ☐

**B) ACTUAL**

Empleado por cuenta ajena ☐ En: \_\_\_\_\_ Empleador por cuenta propia ☐ En: \_\_\_\_\_

Desempleado ☐ Pensionista/Jubilado ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Incapacitado ☐

**17.- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA**

A continuación, le haré unas preguntas sobre la vivienda donde reside.

**A) ¿Es propia o alquilada?**

Propia ☐ Alquilada ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**B) ¿Cuántas personas viven en su casa?**

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 o más ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**C) ¿Cree usted que las condiciones de su vivienda (situación, luminosidad, humedad,...) afectan negativamente a su salud?**

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**D) Actualmente, con respecto a su hogar y la situación económica ¿Qué le preocupa?**

Compra de alimentos ☐ Pago de la hipoteca ☐ Pago de la Renta o alquiler ☐

Otras (ropa, colegio niños,...) Nada ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

## **2- ESTADO DE SALUD PERCIBIDA**

- 2.1 Diría usted que su estado de salud general es:  
Excelente ☐ Muy bueno ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 2.2- En los últimos 30 días, aproximadamente ¿durante cuántos días se sintió en excelente estado de salud y lleno de energía?  
\_\_ \_ Número de días Ninguno ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 2.3- Aproximadamente, ¿cuánto pesa y mide sin zapatos?  
PESO: \_\_, \_\_ (kilogramos) TALLA: \_\_, \_\_ (metros)

## **3- CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD**

- 3.1- Con respecto a su salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su salud física no fue buena?  
Número de días \_\_ \_ Ninguno ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 3.2- Con respecto a su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud mental no fue bueno?  
Número de días \_\_ \_ Ninguno ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

## **4-ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS**

- 4.1- ¿En que Centro de Salud tiene su médico?  
\_\_\_\_\_  
NS/NES ☐ SNC ☐
- 4.2- ¿Cuándo fue la última vez que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina? (Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza a consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica).  
En el último año (menos de 12 meses) En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)  
En los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5) Hace 5 años o más ☐ Nunca ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 4.3 - ¿Cuándo fue la última vez que acudió a la consulta con la enfermera? ¿Por qué motivo?  
En el último año (menos de 12 meses) En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)  
En los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5) Hace 5 años o más ☐  
Nunca ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ MOTIVO: \_\_\_\_\_

## **5- PERSONA QUE CUIDA DE OTRA**

- Hay personas que proporcionan en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo, un familiar con problemas de salud, una enfermedad prolongada o una discapacidad.
- 5.1- Durante el último mes, ¿proporcionó usted alguno de estos cuidados o asistencia a un amigo o a un familiar? SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 5.2.- ¿Estos cuidados le ocasionaron algún problema de salud?  
SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 5.3.- Dichos cuidados, ¿fueron remunerados?  
SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

## **6- SUEÑO**

- 6.1- En promedio, ¿cuántas horas duerme en un período de 24 horas? Piense en el tiempo que pasa durmiendo (siestas, noche).  
\_\_ \_ Número de horas NS/NES ☐ SNC ☐
- 6.2- En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días sintió que no durmió o no descansó lo suficiente?  
\_\_ \_ Número de días Ninguno ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

## **7- ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO FÍSICO**

- 7.1- Cuando usted está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes actividades corresponde más a lo que usted hace? Diría usted que...  
Está parado o sentado la mayor parte del tiempo ☐ Camina la mayor parte del tiempo ☐  
Tiene que transportar cargas ligeras o debe subir escaleras o cuevas frecuentemente ☐  
Es un trabajo pesado o que demanda mucho esfuerzo físico ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

- 7.2- Refiriéndonos exclusivamente a su tiempo libre, ¿qué ejercicio físico de los que le indico a continuación ha realizado en la última semana y con qué frecuencia? **VECES POR SEMANA= VPS**

### **- CAMINAR**

- Ritmo Ligero NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐  
Ritmo Intenso NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

### **-FOOTING- CORRER** NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

### **-BICICLETA**

- Ritmo Ligero NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐  
Ritmo intenso NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

### **-NATAción**

**Ritmo Ligero** NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

**Ritmo intenso** NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

#### **-DEPORTES DE RAQUETA O PALA**

**Tenis** NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

**Paddle** NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

**Otros:** \_\_\_\_\_ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

#### **-DEPORTES DE BALÓN**

**Fútbol** NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

**Baloncesto** NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

**Balónmano** NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

**Otros:** \_\_\_\_\_ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

**-ARTES MARCIALES (Judo, Karate)** NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

**-AEROBIC, GIMNASIA RÍTMICA** NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

**-PESAS, GIMNASIA CON APARATOS** NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

**-BAILES DE SALÓN (Salsa, Tango...)** NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

**-OTROS (Indicar cuál):** \_\_\_\_\_ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐ 1 VPS ☐ 2 VPS ☐ 3 VPS ☐ 4 o más VPS ☐

### **8-ALIMENTACIÓN**

A continuación le voy a hacer algunas preguntas sobre su alimentación. Le voy a enumerar las diferentes comidas del día y me gustaría que me dijera si llevó a cabo o no esa comida, en qué lugar la realizó [en casa o fuera de casa] y los alimentos y bebidas que tomó.

**(Entrevistador: Leer cada una de las comidas tal y como aparecen en el cuestionario, fijar al entrevistado sobre el lugar dejando claro que por casa entendemos también la casa de familiares o amigos y no sólo la propia)**

**[Si no han sido citados: Sugerir si se tomó leche, pan y fruta o zumo de fruta]**

#### **8.1- DESAYUNO:**

- LUGAR: Sí, en casa ☐ Sí, fuera de casa ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

- TIPOS DE ALIMENTOS: Frutas ☐ Verduras ☐ Cereales ☐ Pan ☐ Bollería ☐ Fritos ☐ Embutidos ☐

- TIPO DE BEBIDAS: Zumos ☐ Lácteos ☐ Refrescos ☐ Bebidas alcohólicas ☐ Otras bebidas ☐

#### **8.2- MEDIA MAÑANA (Entre el desayuno y el almuerzo)**

- LUGAR: Sí, en casa ☐ Sí, fuera de casa ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

- TIPOS DE ALIMENTOS: Frutas ☐ Verduras ☐ Cereales ☐ Pan ☐ Bollería ☐ Fritos ☐ Embutidos ☐

- TIPO DE BEBIDAS: Zumos ☐ Lácteos ☐ Refrescos ☐ Bebidas alcohólicas ☐ Otras bebidas ☐

**8.3- COMIDA [Entrevistador: Preguntar si fue comida rápida –como bocadillos, pinchos, raciones, hamburguesas o similares-, platos combinados o una comida con primer plato, segundo y postre. En cada caso, seguir desde el inicio hasta el final de la comida]**

- LUGAR: Sí, en casa ☐ Sí, fuera de casa ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

- TIPOS DE ALIMENTOS: Frutas ☐ Verduras ☐ Pan ☐ Carne ☐ Pescado ☐ Fritos ☐ Embutidos ☐

- TIPO DE BEBIDAS: Zumos ☐ Lácteos ☐ Refrescos ☐ Bebidas alcohólicas ☐ Otras bebidas ☐

#### **8.4- MERIENDA (Entre la comida y la cena)**

- LUGAR: Sí, en casa ☐ Sí, fuera de casa ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

- TIPOS DE ALIMENTOS: Frutas ☐ Verduras ☐ Cereales ☐ Pan ☐ Bollería ☐ Fritos ☐ Embutidos ☐

- TIPO DE BEBIDAS: Zumos ☐ Lácteos ☐ Refrescos ☐ Bebidas alcohólicas ☐ Otras bebidas ☐

**8.5- CENA [Entrevistador: Preguntar si fue comida rápida –como bocadillos, pinchos, raciones, hamburguesas o similares-, platos combinados o una comida con primer plato, segundo y postre. En cada caso, seguir con el entrevistador el contenido de cada plato desde el inicio hasta el final de la cena]**

- LUGAR: Sí, en casa ☐ Sí, fuera de casa ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

- TIPOS DE ALIMENTOS: Frutas ☐ Verduras ☐ Cereales ☐ Pan ☐ Fritos ☐ Embutidos ☐ Carne ☐ Pescado ☐

- TIPO DE BEBIDAS: Zumos ☐ Lácteos ☐ Refrescos ☐ Bebidas alcohólicas ☐ Otras bebidas ☐

**[Recordar si ha bebido o comido algo después de cenar y antes de acostarse]**

### **9- DIETAS**

**9.1- En los últimos seis meses, ¿ha realizado modificaciones en su dieta habitual?**

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

➔ **PASE A LA PREGUNTA 10**

**9.2- ¿Cuál fue el motivo principal?**

Colesterol ☐ Tensión arterial ☐ Diabetes ☐ Problemas de estómago, hígado, vesícula ☐

Ácido úrico ☐ Para adelgazar, no por un problema de salud ☐ Otros ☐ \_\_\_\_\_

## 10- CONSUMO DE ALCOHOL

Ahora vamos a referirnos exclusivamente al consumo de bebidas que contienen alcohol (vino, cerveza, sidra, licores, combinados,...)

**10.1-** Pensando en los últimos treinta días, ¿qué frecuencia de las que tiene a continuación describen mejor su consumo de bebidas que contienen alcohol en este periodo?

Dos o más veces al día ☐ Una vez al día ☐ Cuatro a seis días a la semana ☐  
Dos/tres días a la semana ☐ Un día a la semana ☐ Menos de un día a la semana ☐  
Nunca en los últimos treinta días ☐

**10.2-** ¿Ha consumido este tipo de bebidas en periodos anteriores con una frecuencia de al menos una vez por semana? ☐ SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**10.3-** ¿Hace cuánto tiempo que ya no consume bebidas que contengan alcohol con esa frecuencia de al menos una vez por semana? \_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_ MESES

**10.4-** ¿Cuál fue el motivo principal que le llevó a reducir o abandonar su consumo de bebidas alcohólicas?

Consejo médico ☐ Problemas de salud sin consejo médico ☐ Preocupación por sus efectos ☐

Disminuía su rendimiento ☐ Pensaba que bebía mucho ☐ Otros ☐ \_\_\_\_\_

**10.5-** Sin contar las veces en que simplemente probó una bebida con alcohol, ¿a qué edad empezó a beber habitualmente con una frecuencia de al menos una vez al mes? \_\_\_\_\_ AÑOS

Al igual que hemos hecho con el consumo de alimentos, quisiera ahora que me describiera su consumo de bebidas alcohólicas durante el último fin de semana.

**10.6-** Le leeré diferentes tipos de bebidas que contienen alcohol, por favor, dígame para cada una de ellas la cantidad que tomó en esos dos periodos (último fin de semana, últimos 30 días/ 1 mes). **(Entrevistador/a: Dejar claro que consideramos fin de semana el periodo comprendido entre el viernes después de cenar hasta la noche del domingo.**

	ÚLTIMO FIN DE SEMANA	ÚLTIMOS 30 DÍAS	ÚLTIMO FIN DE SEMANA	ÚLTIMOS 30 DÍAS
BEBIDAS	Nº DE VASOS/ COPAS		UNIDADES	
Cerveza (cañas, botellines)	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>		
Cerveza (latas, tercios)	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>		
Vino/cava (vasos)	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>		
Sidra (vasos)	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>		
Vermouths, bitters, finos, aperitivos	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>		
Licores dulces (manzana, pera, pacharán) (copas o chupitos)	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>		
Licores como whisky, coñac, anís, ron, vodka... solos (copas)	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>		
Combinados/cubatas, con whisky, coñac, anís, ron, vodka...	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>		
Carajillos	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	___ NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>		

**(Entrevistador/a: Para calcularlo piense que cada consumición de bebidas de baja graduación [cerveza, vino, licores dulce,...] equivalen a 1 unidad de alcohol y cada consumición de bebidas de alta graduación [cubatas o copas de whisky, ginebra, ron,...] equivalen a 2 unidades de alcohol. Por ejemplo, si durante los últimos 30 días tomó en una misma ocasión 3 cubatas y 3 cervezas, en total habrá tomado 9 unidades de alcohol).**

**10.7-** Para finalizar con este apartado de bebidas alcohólicas, ¿podría decirme si alguna vez se le han planteado alguna de las siguientes situaciones que le voy a leer?

-¿Ha tenido vd. alguna vez la impresión de que debería beber menos bebidas alcohólicas? ☐ SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

-¿Se ha sentido alguna vez criticado a causa del consumo de bebidas alcohólicas? ☐ SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

-¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber? ☐ SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

-En los últimos doce meses ¿alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o librarse de una resaca? ☐ SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

## 11- CONSUMO DE TABACO

**11.1-** ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? **NOTA: 5 cajetillas = 100 cigarrillos**

☐ SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**11.2-** Actualmente ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca?

Todos los días ☐ Algunos días ☐ Nunca ☐

**11.3-** Aproximadamente, ¿qué cantidad fuma al día?

Cigarrillos/día \_\_\_\_\_ Ninguno ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

Puros/día \_\_\_\_\_ Ninguno ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

Pipas/día \_\_\_\_\_ Ninguno ☐ NS/NES ☐ SNC ☐



**11.4-** ¿A qué edad comenzó a fumar con una frecuencia de al menos un cigarrillo a la semana? \_\_\_\_ años

**11.5-** En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar?

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**11.6-** ¿Cuánto tiempo hace que no fuma cigarrillos de manera habitual?

En el último mes (hace menos de 1 mes) ☐ En los últimos 3 meses (hace 1 mes pero menos de 3)

En los últimos 6 meses (hace 3 meses pero menos de 6) ☐

En el último año (hace 6 meses pero menos de 1 año) ☐ En los últimos 5 años (hace 1 año pero menos de 5)

En los últimos 10 años (hace 5 años pero menos de 10) Hace 10 años o más ☐

Nunca fumó de manera habitual ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

## **12- CONSUMO DE FÁRMACOS Y OTRAS DROGAS**

**12.1-** ¿Con qué frecuencia toma por su cuenta algún tipo de fármaco o medicación que ha de ser recetado por un médico, es decir, se automedica, en los últimos seis meses?

Nunca ☐ Algunas veces ☐ La mayoría de las veces ☐ Siempre ☐

→ **PASE A LA PREGUNTA 12.3**

**12.2-** ¿Cuál de los siguientes fármacos suele tomar cuando se automedica, en los últimos seis meses? SEÑALE UNO O VARIOS

Analgésicos ☐ Antibióticos ☐ Antiinflamatorios ☐ Otros fármacos ☐

**12.3-** ¿Suele emplear remedios tradicionales (infusiones, emplastes,...) para paliar alguna enfermedad antes de acudir al médico? SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**12.4-** ¿Ha consumido algún tipo de sustancia tóxica o droga en los últimos seis meses?

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**PASE A LA PREGUNTA 12.7**

**12.5-** ¿Cuál de las siguientes drogas ha consumido? SEÑALE UNA O VARIAS

Heroína ☐ Hachís ☐ Cocaína ☐ Marihuana ☐ Pastillas (LSD, éxtasis) ☐ Otras

Drogas ☐ \_\_\_\_\_

**12.6-** ¿Con qué frecuencia ha consumido dichas drogas en los últimos seis meses?

Dos o más veces al día ☐ Una vez al día ☐ Cuatro a seis días a la semana ☐

Dos/tres días a la semana ☐ Un día a la semana ☐ Menos de un día a la semana ☐

**12.7-** ¿Considera que el consumo de sustancias tóxicas o drogas mejora el estado de salud y bienestar de una persona?

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

## **13- PRÁCTICAS SEXUALES**

Ahora le voy a hacer unas preguntas relativas a la sexualidad. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que puede no contestar alguna si lo desea.

**13.1-** Habitualmente sus relaciones sexuales se establecen con:

Personas de su mismo sexo ☐ Personas de distinto sexo ☐ Indistintamente ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**13.2-** Utiliza usted alguno de estos métodos anticonceptivos y con qué frecuencia:

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA			
Marcha atrás	Nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
Preservativo masculino	Nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
Preservativo femenino	Nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
DIU	Nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
Anticonceptivos orales	Nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
Píldora postcoital	Nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>

**13.3-** ¿Ha padecido alguna Enfermedad de Transmisión Sexual (E.T.S.)?

SÍ ☐ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**13.4-** ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva.

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**13.5-** ¿Ha acudido a algún profesional sanitario o a consulta de Planificación Familiar para informarse o solventar dudas sobre la práctica de relaciones sexuales con su pareja?

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre distintas conductas relacionadas con diversos problemas de salud.

#### 14. DIABETES

---

- 14.1- Aproximadamente, ¿con qué frecuencia examina su nivel de glucosa o azúcar en la sangre?  
Todos los días ☐ Varias veces por semana ☐ Varias veces por mes ☐ Varias veces por año ☐  
Nunca ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 14.2- ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico o una enfermera que tiene diabetes?  
Sí ☐ ¿Qué tipo?: \_\_\_\_\_ Sí, pero únicamente durante el embarazo ☐  
No, prediabetes o intolerancia a la glucosa ☐ NS/NES ☐ SNC ☐  
NO ☐ → **PASE A LA PREGUNTA 15**
- 14.3- ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar la diabetes?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 14.4- ¿Con qué frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones?  
Todos los días ☐ Varias veces por semana ☐ Varias veces por mes ☐ Varias veces por año ☐  
Nunca ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 14.5- ¿Está cambiando sus hábitos alimenticios para ayudar a bajar o controlar glucemia?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 14.6- ¿Está haciendo ejercicio para ayudar a bajar o controlar su glucosa en sangre?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 14.7- ¿Ha realizado ALGUNA VEZ un curso o recibido una clase para aprender cómo controlar usted mismo/a su diabetes? Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

#### 15. HIPERTENSIÓN

---

- 15.1- Aproximadamente, ¿con qué frecuencia examina su nivel de tensión arterial de la sangre?  
Todos los días ☐ Varias veces por semana ☐ Varias veces por mes ☐ Varias veces por año ☐  
Nunca ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 15.2 - ¿Cuánto hace aproximadamente que le analizaron su nivel de tensión arterial de la sangre?  
En el último año (hace menos de 12 meses) ☐ En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)  
En los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5) Hace 5 años o más ☐  
Nunca ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 15.3 ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico o una enfermera que tiene la presión arterial alta (o hipertensión)?  
Sí ☐ Sí, pero únicamente durante el embarazo ☐  
No, Hipertensión arterial límite o prehipertenso ☐  
NO ☐ → **PASE A LA PREGUNTA 16** NS/NES ☐ SNC ☐
- 15.4- ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar la presión arterial alta?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 15.5- ¿Está cambiando sus hábitos alimenticios para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 15.6- ¿Está reduciendo el consumo de sal para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 15.7- ¿Está reduciendo el consumo de alcohol para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 15.8- ¿Está haciendo ejercicio para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

#### 16- COLESTEROL

---

- El colesterol es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre.
- 16.1- ¿Alguna vez le han revisado su nivel de colesterol?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐  
→ **PASE A LA PREGUNTA 17**
- 16.2 - ¿Cuándo fue la última vez que se lo revisó?  
Durante los últimos seis meses ☐ De 6 a 12 meses ☐ De 1 a 2 años ☐ De 3 a 4 años ☐ Cinco o más años ☐
- 16.3- ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico o una enfermera que su nivel de colesterol en la sangre es elevado o padece hipercolesterolemia?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐  
→ **PASE A LA PREGUNTA 17**
- 16.4- ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar su colesterol?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 16.5- ¿Está reduciendo el consumo de grasas para ayudar a bajar o controlar su colesterol?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 16.6- ¿Está reduciendo el consumo de cigarrillos para ayudar a bajar o controlar su colesterol?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 16.7- ¿Está reduciendo el consumo de alcohol para ayudar a bajar o controlar su colesterol?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐
- 16.8 - ¿Está haciendo ejercicio para ayudar a bajar o controlar su colesterol?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

## 17. SALUD DE LA MUJER

**RESPONDA SÓLO SI ES MUJER, SI NO PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA.**

17.1- ¿Está usted embarazada actualmente?

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

17.2- ¿Ha estado usted embarazada anteriormente?

SÍ ☐ N° de veces:  NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**PASE A LA PREGUNTA 17.5**

17.3- ¿Ha tenido usted algún aborto?

SÍ ☐ N°:  NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**PASE A LA PREGUNTA 17.5**

17.4- ¿Fue espontáneo?

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

17.5- ¿Cuándo fue la última vez que fue al ginecólogo?

En el último año (hace menos de 12 meses) ☐ En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)  
En los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3) ☐ En los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5) ☐  
Hace 5 años o más ☐ Nunca ha ido ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

17.6- La citología es una prueba diagnóstica basada en la toma de muestras, a través de la vagina, de las células contenidas en el cuello uterino, útil para detectar para lesiones precancerosas. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una citología?

En el último año (hace menos de 12 meses) En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)  
En los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3) En los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5)  
Hace 5 años o más ☐ Nunca se la ha hecho ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

17.7- La mamografía es una radiografía que se realiza en cada uno de los senos para detectar la existencia de un posible cáncer de mama. ¿Se ha realizado alguna vez una mamografía?

SÍ ☐ ¿Cuándo?:  NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

## 18. DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA- salud masculina

**RESPONDA SÓLO SI ES HOMBRE Y TIENE 39 AÑOS O MÁS, SI NO PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA.**

Ahora le haré algunas preguntas sobre los exámenes de detección del cáncer de próstata.

18.1- ¿Se ha realizado alguna vez una prueba para detectar el cáncer de próstata?

SÍ ☐ ¿Cuándo?:  NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

18.2- ¿Ha ido alguna vez al urólogo?

SÍ ☐ ¿Cuándo?:  NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

## 19. SEGURIDAD VIAL

Ahora, le voy a hacer unas preguntas relacionadas con la seguridad vial.

19.1- ¿Ha ido en coche por la ciudad, carretera o autopista, como conductor o pasajero, durante el último mes?

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**PASE A LA PREGUNTA 19.3**

19.2- ¿Con qué frecuencia ha utilizado el cinturón de seguridad por la ciudad, carretera o autopista, como conductor o pasajero, durante el último mes?

Nunca ☐ Algunas veces ☐ La mayoría de las veces ☐ Siempre ☐

19.3- ¿Ha ido en moto por ciudad, carretera o autopista, como conductor o pasajero, durante el último mes?

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**PASE A LA PREGUNTA 19.5**

19.4- ¿Con qué frecuencia ha utilizado el casco por ciudad, carretera o autopista, como conductor o pasajero, durante el último mes?

Nunca ☐ Algunas veces ☐ La mayoría de las veces ☐ Siempre ☐

19.5- ¿Ha ido en bicicleta por ciudad, durante el último mes?

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**PASE A LA PREGUNTA 19.7**

19.6- ¿Con qué frecuencia ha utilizado el casco u otras medidas de protección, durante el último mes?

Nunca ☐ Algunas veces ☐ La mayoría de las veces ☐ Siempre ☐

19.7- ¿Ha conducido usted ALGUNA VEZ (coche, bicicleta, moto) durante los últimos treinta días después de consumir alcohol u otra droga?

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

19.8- ¿Ha conducido usted ALGUNA VEZ (coche, moto) durante los últimos treinta días sin seguro?

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

## **20. ENFERMEDAD MENTAL Y SU ESTIGMA**

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre cómo se ha sentido en los últimos 30 días.

**20.1-** En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió nervioso?

Todo el tiempo ☐ Casi todo el tiempo ☐ Algunas veces ☐ Pocas veces ☐  
Ninguna vez ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**20.2-** En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió triste?

Todo el tiempo ☐ Casi todo el tiempo ☐ Algunas veces ☐ Pocas veces ☐  
Ninguna vez ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**20.3-** En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió agitado o inquieto?

Todo el tiempo ☐ Casi todo el tiempo ☐ Algunas veces ☐ Pocas veces ☐  
Ninguna vez ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**20.4-** En los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días no pudo trabajar o realizar otras actividades cotidianas debido a una afección mental o a un problema emocional?

Número de días \_ \_ Ninguno ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

### **PASE A LA PREGUNTA 21**

**20.5-** ¿Está tomando actualmente medicamentos o recibiendo algún tipo de tratamiento para su afección mental o problema emocional?

SÍ ☐ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

## **21. DISCAPACIDAD**

Las preguntas siguientes se refieren a problemas de salud o limitaciones que pueda tener.

**21.1-** ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades?

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**21.2-** ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le obligue a usar algún tipo de equipo especial, como bastón, silla de ruedas, cama articulada o audífono?

SÍ ☐ NO ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

## **22. APOYO EMOCIONAL Y GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA**

Las siguientes dos preguntas se refieren al apoyo emocional y al grado de satisfacción con respecto a su vida.

**22.1-** ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo emocional y social que necesita?

**“Por favor, incluya el apoyo que recibe de cualquier fuente (pareja, familia, amigos, etc).”**

Siempre ☐ Casi siempre ☐ A veces ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**22.2-** En términos generales, ¿Cómo está de satisfecho/a con su vida?

Muy satisfecho/a ☐ Satisfecho/a ☐ Insatisfecho/a ☐ Muy insatisfecho/a ☐ NS/NES ☐ SNC ☐

**HEMOS TERMINADO EL CUESTIONARIO**  
**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## ANEXO VI. INFORME COMITÉ ÉTICO DE EXPERIMENTACIÓN



A quien pueda interesar:

El Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla, habiendo examinado el Proyecto "Análisis comparativo de las conductas de salud en personas emigrantes y autóctonas de la ciudad de Sevilla" presentado por D<sup>a</sup>. María de las Mercedes Lomas Campos, emite el siguiente informe,

El proyecto cumple los requisitos exigidos para experimentación en sujetos humanos y en animales, y se ajusta a las normativas vigentes en España y en la Unión Europea.

Sevilla, a 12 de mayo de 2009.

EL PRESIDENTE DEL COMITE,



Fdo.: Profa. Dra. María Tortolero García.